



**UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO

Autora: Ana de Jesus Lopes Ramos, Nº 3234

Mindelo, julho de 2017

Trabalho apresentado a Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

O Consentimento Informado na prática dos cuidados de enfermagem

Discente: Ana de Jesus Lopes Ramos, nº3234

Orientadora: Enf^ª. Suely Reis

Mindelo, julho de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho á todas as pessoas que direta ou indiretamente apoiaram-me ao logo do curso, em especial o instituto das Irmãs Franciscana da Imaculada Conceição.

Agradecimentos

Em primeiro lugar à Deus, fonte de toda a inspiração e de sabedoria, razão da minha existência pelo carinho e o encorajamento ao longo de todo este percurso permitindo mais uma conquista na minha vida pois, não há nada no mundo que possa igualar-se ao terno amor do meu bom Jesus.

À família Franciscana que sempre apoiou-me de forma incondicional, por serem entusiastas do meu trabalho e dele se orgulharem.

Aos meus pais João Ramos coelho e Maria de Jesus Lopes razão da minha existência, exemplo de determinação pelo carinho e apoio ao longo deste percurso.

À minha orientadora Prof.^a Suely Reis pelo apoio e encorajamento na orientação técnica deste trabalho, pela concretização e imprescindibilidade propostas e também por acreditar na minha capacidade e força de vontade.

Não posso deixar de agradecer todos os professores do curso de enfermagem pelo convívio, pela partilha de conhecimento e de experiência. E ainda as enfermeiras Kátia Pinto e Ronisia Rocha pelo carinho e apoio.

Agradeço também a todos os enfermeiros do serviço de cirurgia que ajudaram na recolha de informações e ainda pelo convívio, pois, sem os mesmos, era impossível a realização desse estudo.

A todos muito obrigada !!!

Resumo

A enfermagem é a arte humana de cuidar do ser humano desde da concepção até a morte e fundamenta-se no respeito pela autonomia do utente que pressupõe o consentimento informado e o direito a sua autodeterminação. Com tudo vem-se constatando que muitas vezes, na realização dos cuidados de enfermagem ao utente, a prática do consentimento informado fica limitada aos procedimentos invasivos, como é o caso dos procedimentos cirúrgicos. Dessa reflexão surge o presente trabalho que tem a finalidade de conhecer a perceção que os enfermeiros do serviço de cirurgia do Hospital Dr. Baptista de Sousa têm sobre o consentimento informado e a sua importância na qualidade dos cuidados prestados no serviço. Para alcançar os objetivos do trabalho optou-se por um estudo de carácter qualitativo, exploratório e descritivo com uma abordagem fenomenológica. A técnica utilizada para a colheita de informações foi a entrevista semiestrutura. A população alvo do estudo foi constituída por sete (7) enfermeiros. Os resultados do estudo indicam que no contexto hospitalar, perante o uso do consentimento informado, o enfermeiro tem uma função primordial, uma vez que é ele que está mais próximo do utente, e muitas vezes funciona como um elo de ligação entre o utente, família e a equipa multidisciplinar. Respeitar o consentimento informado é o mesmo que aceitar o outro enquanto pessoa, salvaguardando assim os seus direitos a autonomia, a confidencialidade, a informação e ao anonimato. Contatou-se ainda que os enfermeiros do serviço de cirurgia do Hospital Baptista de Sousa, tem uma noção do consentimento informado e estão capacitados psicologicamente para satisfazer as necessidades do utente. Observou-se ainda que no serviço de cirurgia dispõem de um consentimento informado escrito e que segundo os enfermeiros este deveria ser aplicado para todos os utentes que derem entrada neste serviço, independentemente de realizarem uma intervenção cirúrgica. Neste sentido, é importante que os enfermeiros desenvolvam estratégias para que a utilização por escrito do consentimento informado seja praxe, no planeamento e prestação de cuidados de enfermagem. Por outro lado o enfermeiro enquanto advogado do utente deve sempre estar atento se eventualmente o consentimento informado não esteja a ser cumprida e intervir de forma adequada para o cumprimento do mesmo.

Palavras-chaves: Consentimento informado; autonomia; cuidados de enfermagem;

Abstract

Nursing is an art of caring for a human being from the conception until death and it is based on respect of autonomy of the patient that supposes the informed consent and the right of self determination. However, it is being noticed that giving the nursing care to the patient, the practice of informed consent stays limited to the invasive procedures like the case of cirurgic procedures. From that reflection arises the present work that has the goal to know the perception of the nurses of the cirurgic service of the Baptista de Sousa Hospital about the informed consent and its importance reflexão surge o on the quality of the caring done in the service. To reach the goals of this work, it was opted a study of the qualitative, exploratory and fenomenologic approach. The technique used to collect the data information was a semi-structured interview. The targeted population of study was constituted by seven (7) nurses. The results of the study indicates that in a hospital setting, in the use of informed consent, the nurse has the fundamental duty, because he/she is closer to the patient, and many times it works like a bond between the patient, the family and the multidisciplinary team. Respect for the informed consent is the same as accepting the other as a person, saving his/her rights to autonomy, confidentiality, information and anonymity. It has shown that the nurses from the service of the cirurgy of the Baptista de Sousa Hospital have an idea of informed consent and are psychologically capacitated to fulfill the needs of the patient. It was observed also that the cirurgy service has a written informed consent and, according to the nurses, it should be applied to all patients that enter this service, independently from doing a cirurgic intervention. In this sense, it is important that the nurses develop strategies to use the written informed consent as practice, in planning and delivery of the service of this nursing care. On the other hand, the nurse as a lawer of the patient must always be attentive if eventually the informed consent is not complied, and to intervene in an adequate way to the fulfillment of it.

Keywords: Informed consent; autonomy; nursing care;

Lista de abreviaturas

Art.- Artigo

CI - Consentimento Informado

CRCV - Constituição da República de Cabo Verde

CV - Cabo Verde

ENF - Enfermeiro

ET AL - E

FEM - Feminino

HBS - Hospital Baptista de Sousa

H - Hora

Mas - Masculino

Min - Minuto

Nº - Número

P - Página

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNS - Políticas Nacionais de Saúde

SV - São Vicente

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

Índice

INTRODUÇÃO	12
Justificativa	14
Problemática do estudo	16
Objetivos do trabalho	20
CAPÍTULO I: FASE CONCEPTUAL.....	21
1.1. Conceito de consentimento informado.....	22
1.2. Resenha histórica do consentimento informado.....	23
1.3. O Direito à saúde e a dignidade da pessoa humana	24
1.4. A informação e o consentimento informado	27
1.5. A autonomia e consentimento informado	29
1.6. Elementos do Consentimento Informado na prestativa da bioética	31
1.6.1. Competência para decidir.....	32
1.6.2. Comunicação.....	33
1.6.3. Compreensão.....	34
1.6.4. Voluntariedade.....	35
1.6.5. Consentimento.....	36
1.7. Princípios éticos	36
1.7.1. Princípio de beneficência	37
1.7.2. Princípio não maleficência	37
1.7.3. Princípio de justiça	38
1.7.4. Princípio de autonomia.....	38
1.8. A enfermagem e o consentimento informado.....	39
1.9. A pessoa no centro de cuidados de enfermagem.....	41
1.10. Direito a recusa de tratamento	43
1.11. Trabalho em equipa.....	44
CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA.....	47
2.1. Tipo de estudo	48
2.2. População alvo e amostra	49
2.3. A técnica e o instrumento de recolha de informações	49
2.4. Questões Éticas de investigação.....	50
CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA	52
3.1. Apresentação e análise dos dados	53

3.2. A análise e interpretação das categorias	54
3.3. Discussão dos resultados	62
Considerações finais.....	64
Propostas do estudo de investigação	65
Referências bibliográficas	66
Apêndice I- Guião de entrevista	72
Apêndice II- Pedido de autorização para as recolhas das informações.....	74
Apêndice III- Consentimento Informado	75
Anexo I- Consentimento Informado utilizado no serviço de cirurgia do HBS há 3 meses atrás.....	76
Anexo II- Consentimento Informado utilizado no serviço de cirurgia do HBS	77

Índice de tabela

Tabela 1: Total de internamento.....	18
Tabela 2- Apresentação e característica da amostra em estudo.....	53
Tabela 3- Categorias e subcategorias das entrevistas.....	54

INTRODUÇÃO

O trabalho que ora se apresenta, intitula-se **“O Consentimento Informado na Prática dos Cuidados de Enfermagem”**, que tem a finalidade de se constituir como um elemento de avaliação para a aquisição do grau de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo no decurso do ano letivo 2016/2017. Onde vai de encontro com o desafio que se propõe com o trabalho, tendo como propósito conhecer a perceção que os enfermeiros do serviço de cirurgia do Hospital Baptista de Sousa (HBS) têm sobre o consentimento informado (CI) e a sua importância na qualidade dos cuidados prestados no serviço.

O (CI) é um direito básico do utente. Este deve participar proativamente em todas as decisões terapêuticas, que possam pôr em risco a sua integridade física ou psíquica. Neste sentido, a relação utente-cuidador deve ser norteada por princípios éticos que devem orientar as ações dos profissionais de saúde.

A escolha deste tema vai de encontro com o interesse pessoal, vivências académicas e curiosidade despertada durante os ensinamentos clínicos realizados no ambiente hospitalar, mais concretamente no serviço de orto traumatologia e por tratar de um tema ainda pouco explorado.

O presente estudo seguirá uma linha organizacional, que será dividida em três capítulos, sendo que o primeiro capítulo estará dedicado ao enquadramento teórico ou fase concetual, sustentada por uma revisão de literatura acerca do consentimento informado, será abordada a definição dos conceitos chave, pertinentes para compreensão do estudo.

No segundo capítulo descreve-se toda a metodologia aplicada, entendendo a explicação do tipo de pesquisa e a abordagem utilizada nesta investigação e bem como os instrumentos de recolha de informações, população alvo, campo empírico e aspetos éticos e legais. Finalmente, no terceiro capítulo encontrar-se-á a fase empírica reservada para análise e discussão dos resultados, onde apresenta-se os resultados obtidos durante este processo de investigação e as considerações finais deste estudo. No término do trabalho encontrar-se-ão todos os anexos, bem como apêndice utilizado para a realização deste trabalho.

Para o estudo da temática optou-se por uma abordagem qualitativa, explorativa, descritiva e de caráter fenomenológico, tendo como população alvo os enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS, que trabalham em contato direto com os utentes. O

instrumento de recolha de informações foi a entrevista semiestruturada recorrendo a um guião de entrevista.

A temática em estudo é pertinente uma vez que contribui para identificar e conhecer a perceção que os enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS, têm sobre o consentimento informado e a sua importância na qualidade dos cuidados prestados no serviço. O trabalho foi realizado de acordo com as normas de redação e formatação da Universidade do Mindelo, e escrito de acordo com o novo acordo ortográfico.

Justificativa

A enfermagem com o passar dos tempos foi ganhando forma e foi evoluindo. Antigamente a enfermagem era baseada no modelo biomédico, mas com o avanço da medicina ganhou uma outra forma de cuidar baseada no modelo holístico. Agora o enfermeiro deve assumir o cuidado como um ideal moral que visa proteger, aumentar e preservar a dignidade da pessoa humana.

Durante os ensinamentos clínicos, podemos constatar que muitas vezes os profissionais de saúde se centram apenas nos cuidados do utente de forma fracionada, esquecendo que o ser humano deve ser visto de forma holística ou seja com um todo, o que pressupõe sua compreensão como um ser complexo. O fornecimento de informação é um aspeto básico em contexto de saúde. No entanto, na maioria das vezes ela é ocultada ao utente, ou não lhe é fornecida de forma clara.

O utente tem o direito moral de ser esclarecido quanto ao seu estado de saúde; de ser informado a respeito de diagnósticos e procedimentos preventivos ou terapêuticos que serão realizados em si. No contexto clínico, o CI surge como um processo para proteger a autonomia da pessoa cuidada. Mas, de acordo com experiências clínicas realizadas em ambiente hospitalar, verifica-se que muitas vezes, a CI não passa de uma simples formalidade entre o utente e os profissionais de saúde, dado por uma assinatura numa folha estandardizada, constituindo assim um ato de aceitação ou imposição e não de informação. O utente muitas vezes assina o documento sem saber exatamente do que se trata.

Portanto, há necessidade urgente de reavaliar a metodologia de prestação de cuidados em enfermagem, porque cada vez mais, a nossa sociedade exige e sente a necessidade, de os cuidados serem holísticos e humanizados no momento de doença, de fragilidade.

A enfermagem é a arte de cuidar do ser humano desde a concepção até à morte natural, numa atitude de comunicação, respeitando os princípios da bioética e da ação moral, isto é, cuidar é também respeitar, defender e promover o direito da pessoa à informação. Fundamenta-se no respeito pela autonomia do utente e pressupõe o consentimento e o direito à sua autodeterminação.

Na nossa realidade, podemos verificar que muitas vezes, na realização dos cuidados de enfermagem ao utente, a prática do CI fica limitada aos procedimentos invasivos, como é o caso dos procedimentos cirúrgicos, utilizando nesse caso CI por escrito.

O CI raramente é obtido na aplicação de uma injeção, exames físicos, solicitado na prescrição de um medicamento, ou de outras práticas que pode acontecer no momento em que a pessoa é hospitalizada, e que não se pede o consentimento aos utentes, mas sim eles são informados acerca do procedimento que ira ser feito.

O CI também tem por objetivo ajudar os profissionais de saúde nas suas práticas diárias, a respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana. Ajuda-os a exercer as suas atividades com competência para promover o ser humano de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

A escolha da temática, “CI na Prática do Cuidar em Enfermagem”, vai de encontro quer ao interesse pessoal quer às vivências académicas. As curiosidades despertadas durante os ensinios clínicos realizados no ambiente hospitalar, e também o interesse pelo conteúdo teórico aprendido ao longo deste percurso aumentaram o interesse por esta temática.

Como uma futura profissional da área de enfermagem é da nossa convicção que se deve dar a devida relevância ao tema. Porque torna-se necessário dar a conhecer a qualidade de enfermagem que é praticada em São Vicente (SV), bem como saber a noção que deve ter o enfermeiro sobre o CI na sua prática do cuidar.

Problemática do estudo

A relação dos profissionais de saúde com utentes tem vindo a evoluir ao longo da história da medicina. Antigamente o utente era sujeito ao modelo paternalista por parte dos profissionais de saúde, onde estes desempenhavam um papel de protetor em relação ao utente, como de um pai para um filho. O poder paternalista acentuava-se na convicção de que o profissional de saúde é que possuía o conhecimento de saúde-doença, e que eles sabiam o que era melhor para o utente, nestas circunstâncias tomavam todas as decisões por parte do utente, e os cuidados de saúde eram feitos de forma sistemática e monótona, dando relevo aos dois princípios éticos, a beneficência e a não maleficência, de forma a evitar o dano intencional, onde a única obrigação dos profissionais de saúde era agir de acordo com os melhores interesses do utente (Almeida, 2007).

Assim sendo, a grande transformação ocorreu com a consagração dos outros dois princípios éticos: do direito a autonomia do utente, bem como, do direito à informação, passando-se progressivamente de uma relação puramente paternalista para uma relação de partilha de decisões e de companheirismo ativa (Vicente, 2014).

Neste sentido, os profissionais de saúde passam a partilhar informações e a discutir alternativas com o utente respeitando assim a autonomia do próprio utente, ou seja, elimina autenticamente a relação autoritária existente sobre o utente. Assim sendo os profissionais de saúde têm vindo a defender que os utentes são parceiros dos cuidados. Neste sentido o parceiro é um par, um semelhante, com mesmo nível na tomada de decisão (Patrão e Pacheco, 2004).

Deste modo, os cuidados de saúde enveredam-se mais para o utente no sentido de ouvi-lo nos vários domínios dos cuidados de saúde desde a qualidade e a sua organização, dando-lhe assim o direito a um tratamento digno e atencioso por parte dos profissionais de saúde, bem como de receber informações de forma clara e adequada sobre o seu estado de saúde, que é um dos princípios fundamentais para exercer os seus direitos nomeadamente o direito a autonomia que está explanada no consentimento informado.

Acrescenta-se que a informação e a verdade são os princípios fundamentais para que o utente exerça de forma plena a sua autonomia, que nesse caso, se intitula-se o consentimento, sabendo que a autonomia é a capacidade que a pessoa tem para decidir, se quer aceitar ou não um tratamento mediante as informações que são transmitidas. Portanto, estas informações devem ser comunicadas de forma clara e objetiva, mediante as suas capacidades de decidir sobre o seu próprio tratamento a ser realizado (Almeida 2007).

Segundo Lopes (2006, p. 213), “normalmente associada ao direito à informação está implícita a autodeterminação do utente, pelo que, após informar o utente, a enfermeiro solicita autorização para a realização de alguns cuidados”.

Contudo, nota-se que muitas vezes o utente não é informado como deve ser, ou mesmo a informação não é exata e precisa, e é neste caso que o utente não exerce o poder de decisão sobre si mesmo, pois o reconhecimento como um ser autónomo, livre e merecedor de respeito, demonstra uma violação dos seus direitos.

O CI pode ser considerado como um processo contínuo de fornecimento e partilha de informações entre os profissionais de saúde/utente e a sua aplicação salvaguarda o direito da autonomia do utente, (Oliveira e Pereira, 2006).

A real importância do CI está na observância da lei, fazendo respeitar, promover a dignidade humana e autodeterminação do indivíduo. Este também é importante para avaliar a responsabilidade dos profissionais de saúde (Carraro, 2010).

A falta de informação sobre qualquer intervenção deve ser considerada como uma falta de respeito para o utente. Assim sendo a despreocupação dos profissionais de saúde em obter do utente o seu consentimento, pode ocasionar em negligência no desempenho profissional (Vieira, 2012).

O CI deve ser subentendido em qualquer procedimento em que admitimos que, pelo simples facto do utente procurar um profissional de saúde, expressamente dá o seu consentimento. Este consentimento deve ser aplicável a todos os utentes internados ou sujeitos a tratamento médico, observando a aceitação do utente quanto as intervenções. Que segundo (Chambriard *et al* 2012), é a “expressão de autodeterminação (direitos) do ser humano, derivado do respeito ao referencial bioético da autonomia”.

Na prática clínica, a aceitação do CI implica que os profissionais de saúde tenham em conta a vontade dos utentes, principalmente no respeito a abstenção ou interrupção dos tratamentos. Neste sentido, quando o CI é feito de forma adequada salvaguarda a proteção dos diversos direitos da pessoa humana, tais como a vida dignidade, igualdade autodeterminação, liberdade, saúde e integridade pessoal no tratamento de saúde (Rabelo, 2007).

Portanto, o cuidar constitui a essência da própria enfermagem, principalmente quando o atendimento do utente é feito de forma holística e humanizada marcado por um

bom relacionamento entre o profissional de saúde e o utente, assim, deve-se informar ao utente de modo que este possa exercer os seus direitos nomeadamente o direito de decisão.

No Brasil o uso do CI começou a ser utilizado a partir da década de 80 em diversas situações, tais como realização de imagem para diagnóstico, para procedimentos terapêuticos e intervenções cirúrgica segundo alguns documentos do ministério de saúde e do conselho federal da medicina (Melendo *et, al* 2016).

A melhoria das qualidades de saúde tem sido uma das prioridades das políticas nacionais de saúde (PNS) de Cabo Verde (CV), com o intuito de garantir um cuidado mais humanizado a todos os cabo-verdianos, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS, 2011).

É de evidenciar que não foram encontrados dados que falam sobre o CI nos hospitais de CV porque é um tema ainda pouco explorado.

Tabela 1: Total de internamento

Ano	Internamento	Procedimentos Cirúrgicos	Procedimentos não Cirúrgicos
2014	1058	770	288
2015	1080	745	335
2016	1148	547	601

Fonte: Elaboração própria

Pois, em CV podemos constatar que o CI escrito é mais utilizado no serviço de cirurgia, se houver necessidade de uma intervenção cirúrgica e que o número (n.º) de internamento nesse serviço tem vindo a aumentar a cada ano. De acordo com os dados colhidos no serviço de estatística do HBS, no ano de 2014 o n.º de internamento foi de 1058, dos quais foram feitas 770 intervenção cirúrgica com aplicação do CI, sendo que 288 dos utentes internados não foram sujeitos a intervenções cirúrgicas, o que possivelmente não tiveram acesso ao CI escrito para qualquer cuidado de enfermagem.

No ano de 2015 foram internados 1080 utentes, sendo que 745 desses utentes foram sujeitos a intervenções cirúrgicas e 335 não foram sujeitos a essa intervenção, pois, já no ano de 2016, foram internados 1148 utentes, 547 desses utentes foram sujeitos a intervenções cirúrgicas e 601 não foram sujeitos a essa intervenção.

De acordo com esses dados o n.º de utentes que não foram submetidos ao CI escrito tem vindo a aumentar a cada ano, como se pode observar no quadro acima, embora, os outros procedimentos de enfermagem foram feitos com o uso CI verbal, com o objetivo de salvaguardar a autonomia do utente.

Nesta perspetiva, é muito importante transcrever o percurso que o CI tem vindo a trilhar desde antigamente, até às sociedades modernas, especialmente em CV, visto que este estudo se adapta à realidade das vivências dos enfermeiros em SV.

Os alicerces da doutrina do CI estão incluídos de modo implícito no Boletim oficial de Cabo Verde (2007, p. 7-8) “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. (Art. 1º) “Todo o individuo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”. (Art. 3º) “Ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (Art. 5º).

Dada a pertinência do tema, é nosso desiderato que o presente estudo seja de grande utilidade para os profissionais de saúde. Portanto, trata-se de um trabalho centrado no contributo do CI para a prática do cuidar em enfermagem, em vista a obter um cuidado mais humanizado.

Objetivos do trabalho

Tendo em conta a problemática acima exposta, traçou-se para elaboração deste estudo os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Conhecer a percepção que os enfermeiros do serviço de cirurgia do Hospital Baptista de Sousa têm sobre o Consentimento Informado e a sua importância na qualidade dos cuidados prestados no serviço;

Objetivos específicos:

- Descrever a percepção que os enfermeiros do serviço de cirurgia apresentam sobre o Consentimento Informado, como propósito de promover a interdisciplinaridade para melhor servir;
- Identificar em que medida os enfermeiros do serviço de cirurgia aplicam o Consentimento Informado na sua prática do cuidar visando o bem-estar holístico da pessoa;
- Identificar a percepção dos enfermeiros do serviço de cirurgia sobre a importância do consentimento informado na melhoria da qualidade dos cuidados prestados no serviço;

CAPÍTULO I: FASE CONCEPTUAL

Este capítulo abrange a fase conceptual onde pretende-se demonstrar conceitos importantes relacionados com o tema em estudo, o CI na prática do cuidado na enfermagem.

Sendo assim, conseguiu-se adquirir uma conceção organizada do objeto de estudo. Segundo Fortin (2009, p. 49) “a fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema”.

1.1. Conceito de consentimento informado

O CI faz parte do processo evolutivo da pessoa humana e tem por base o respeito pela autodeterminação do utente e sua dignidade. O CI é definido como a aceitação livre sobre qualquer tratamento ou intervenção do profissional de saúde por parte do utente, pois para que o CI seja considerado válido a informação deve ser fornecida de forma clara e numa linguagem acessível de acordo com as capacidades da pessoa e da sua compreensão (Almeida, 2007).

Para Vicente (2014, p. 13) “a palavra consentimento provém do latim *consentire* que significa “sentir com”, atualmente poderá significar “eu livremente concordo com as suas propostas”. Neste sentido o CI é uma ação de livre e espontânea vontade onde o utente tem capacidade e faculdades mentais para decidir algo proposto por alguém (Dias, 2003).

Entretanto Pereira (2004, p. 129) define o CI como “um instrumento jurídico complexo que se traduz num processo dinâmico de inter-relação entre os diversos agentes envolvidos”. O ato de consentir significa dar a sua aprovação, deve ser um ato racional e livre na medida em que é o resultado de reflexão e deliberação profundas. Desta forma é de realçar que o CI é uma manifestação de respeito pelo utente enquanto ser humano, traduzido no direito de poder recusar ou aceitar tudo e qualquer tratamento (Almeida, 2007).

Neste sentido o CI surgiu como meio de garantir e respeitar a autonomia e dignidade da pessoa humana, como a capacidade que a pessoa tem para tomar uma decisão, que visa o consentimento ou a recusa de um ato relacionado à sua saúde, pois a

pessoa possua toda a informação necessária sobre o procedimento, vantagens e desvantagens, assim como os riscos e benefícios e das alternativas dos procedimentos.

O CI tem por base a capacidade que os utentes têm de se autogovernar, com liberdade de escolha para aceitar ou rejeitar as propostas, e de avaliar as suas possibilidades, direitos e deveres sem restrições internas e externas (Motta de Moraes, 2010).

O CI traduz o respeito pela autonomia do utente no diálogo com os profissionais de saúde. A relação interpessoal e a relação humana estabelecido entre o enfermeiro e o utente fazem parte do exercício profissional de enfermagem (Mendes, 2006). O CI também tem por objetivo ajudar os profissionais de saúde nas suas práticas diárias, a respeitar a vida, a dignidade humana e os direitos humanos, exercendo as suas atividades com competências para promover o ser humano na sua integridade. A interação com o outro é primordial, uma vez que a mesma, para além de auxiliar na cura, contribui para a auto-realização da pessoa cuidada (Phaneuf, 2005).

1.2. Resenha histórica do consentimento informado

O aparecimento da autonomia, bem como do direito à informação do utente está relacionado com a valorização da pessoa humana num contexto específico que é a doença, inserida numa sociedade com direitos e deveres. Por isso, torna-se essencial conhecer uma breve evolução dos direitos da pessoa enquanto utente.

No que diz respeito ao contexto da relação profissional de saúde-utente surgem conflitos importantes quando se relaciona com o conceito de respeito com a autonomia do utente. A partir do século XX a autonomia do utente começa a fazer sentido na filosofia dos cuidados de saúde devido ao aparecimento da declaração dos direitos humanos na vida política e civil, o que permitiu mais tarde transportar as ideias dos direitos das pessoas para o hospital (Pereira, 2004). Surgindo igualmente a noção da imprescindibilidade do respeito pela autonomia e pela dignidade da pessoa humana (Nogueira, 2010).

A história do CI é feita de vários acontecimentos. Um dos primeiros documentos referido nas linhas de orientação ética e deontológica para a prática médica é o “Juramento de Hipócrates”. Foi no juramento Hipocrático, que aparece pela primeira vez a obrigação de os profissionais de saúde informarem os utentes sobre o seu diagnóstico, benefícios, bem como de protege-los dos malefícios (Almeida, 2007).

Nos anos de 1990 aparecem na Inglaterra as primeiras referências ao consentimento associadas à profissão de enfermagem. Esta mudança caracterizou-se pela alteração da imagem do profissional de saúde, como protetor para um profissional tecnicamente habilitado, e da imagem do utente como sujeito passivo, dependente, para uma pessoa autónoma, livre, ativa e participativa (Gonçalves, 2004).

A Declaração de Helsínquia, aprovada no século XVII, e da Assembleia Médica Mundial em Junho de 1964, reforçou os princípios sobre as pesquisas biomédicas realizadas em seres humanos e estabeleceu um conjunto de normas e princípios considerados como universalmente éticos, em que o consentimento livre e esclarecido terá de ser dado de preferência por escrito (Almeida, 2007).

No que tange à evolução desse consentimento, segundo Camargo, (2002), passou por quatro etapas:

- A etapa do consentimento voluntário, que surge como consequência dos crimes de Frankfurt a partir dos quais surgiu o Código de Nuremberga;
- A etapa do CI, em que os pacientes têm o direito de conhecer as vantagens, os riscos e as alternativas de tratamento;
- A etapa do consentimento válido, onde se procura valorizar a adequada capacidade de conhecimento e de decisão do paciente excluindo a interferência dos mecanismos de defesa;
- A etapa do consentimento autêntico, decisão autêntica e plenamente de acordo com os valores do utente.

Assim sendo, para a proteção da integridade pessoal do utente definiu-se como regra, que qualquer intervenção no domínio da saúde, apenas deve ser efetuada, depois de a pessoa em causa ter dado o seu consentimento livre e esclarecido.

1.3. O Direito à saúde e a dignidade da pessoa humana

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade inerente de todo e qualquer ser humano, está diretamente relacionada com a autonomia da pessoa humana. A dignidade humana foi reconhecida em 1948, no artigo I da declaração dos direitos humanos em que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, e dotadas de razão consciência para agirem em relação umas com as outras em espírito de fraternidade (Souza, 2013).

A partir da Declaração dos Direitos Humanos e do Cidadão de 1789, os direitos passaram a ser esclarecidos, de modo a ficarem profetizados nas constituições dos países que têm na promoção dos direitos sociais fundamentais como um dos seus fins primordiais (Barros, 2006).

Para o mesmo autor os direitos sociais são considerados como princípios da nação, ou seja são fundamentais, onde devem ser admitidos e adotados como a base dos direitos referindo-se diretamente as garantias de satisfação das condições mínimas para uma vida digna. Os direitos sociais nasceram da conscientização de que o mais importante que proteger os direitos de liberdade era proteger os valores; tais como o direito a vida e o direito de viver dignamente, que já se encontram inseridos em muitos sistemas constitucionais, fazendo parte do direito contemporâneo.

Portanto, pode-se dizer que os direitos são compartilhados por todos os homens com o mesmo grau de igualdade, isto é, um dos pilares da dignidade, pois significa ser tratado com respeito, estima e merecedor de consideração (Nunes, 2009).

A dignidade é um valor incondicional de todo o ser humano e que a felicidade é alcançada quando este considerado como um fim em si mesmo. Assim para Kant (2003, p. 59) “age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal”, entretanto Kant concluiu que “o homem existe como fim em si mesmo, nunca como meio para realização das vontades”.

Deste modo pode-se dizer que a dignidade existe quando o indivíduo é capaz de coexistir com a liberdade do outro, exercendo controlo sobre si mesmo. O conceito de dignidade humana é uma referência normativo para todo o tipo de intervenção humana, tanto a nível política como social, a prestação de cuidados de saúde não podia fugir da lei universal (Kant, 2003).

A saúde é um componente da vida que está intimamente relacionado com a dignidade da pessoa humana, deste modo a dignidade humana é um valor universal que deve ser respeitada, independentemente das diversidades socioculturais do povo. Deste modo todo o ser humano tem “direito à saúde sem discriminação” (Santi, 2014).

Todo o ser humano tem direito à vida, à liberdade e ao mesmo tempo, cada homem é titular da dignidade humana, o que implica reconhecer que cada ser humano é um ser único e insubstituível, que está integrado numa sociedade em cujos direitos que o titulariza fundamentam à sua existência (Correia, 2009).

A vida é o principal bem do ser humano e com ele nasce a dignidade humana. Os direitos do homem são inalienáveis impostas pela soberania popular aos poderes constituídos do estado que dela dependem e revelam-se como obrigações inevitáveis, que estão em constante evolução para atender as exigências históricas, pois podem ser preconizados em determinada época modificando-se ou desaparecendo-se pela impossibilidade de praticar qualquer ato direcionados a dispor desses direitos pela imprescritibilidade e pela irrenunciabilidade (Silva, 2006).

As condições necessárias para uma vida digna variam com o tempo, o espaço, com os fatores económicos, sociais e culturas de cada sociedade. Portanto, a vida é digna, de tal dignidade que deve ser respeitada, é um direito básico de todos os cidadãos, de todos os desfavorecidos, mendigos e indigentes á terem acesso ao cuidado digno, a uma vida digna. O direito à saúde é fundamental para todo o ser humano, pois o estado tem o dever de zelar pela sua concretização (Bitencourt, 2010).

Desta forma Vieira (2009, p. 106), salienta que a “dignidade das pessoas assenta na sua autonomia, na possibilidade de legislar para si próprias (...)”, ou seja respeitar a autonomia é respeitar o direito de cada um , fazer as suas escolhas de acordo com os seus próprios princípios, e assegurar que esse direito lhe seja garantido, o respeito pela autonomia do utente obriga o profissional de saúde a assegurar o cumprimento dos valores pessoais, e preferências do indivíduo.

Entretanto, Barros (2006, p. 24) afirma que “a dignidade está relacionada com a autonomia do ser humano, a racionalidade da sua existência livre, e que para dar sentido a ação humana está implícita a dignidade extraída da autodeterminação e do livre arbítrio”.

A dignidade é a qualidade que pertence ao ser humano, dessa forma não há como classificá-lo, pois preservar uma vida digna, é conceder condições para que o ser humano não perca a capacidade de autodeterminação e de ser comparado como objeto da ação do estado e de intermediários (Rabelo, 2007).

Para Kant (2003, p. 70), “a autonomia é uma característica fundamental e necessária do agente racional, entretanto, só seria verdadeira, se permanecesse em conformidade com o imperativo decisivo da consciência moral”.

Respeitar a autonomia do cliente é considerar cada pessoa com sua própria identidade, aceitar o pluralismo ético-social e compreender que cada ser humano tem o direito à dignidade e a tomar suas próprias decisões (Sant’anna, 2006).

1.4. A informação e o consentimento informado

Nos dias atuais a informação está omnipresente e é imprescindível na vida e na sociedade, deste modo para haver informação neste contexto tem de existir comunicação, entendendo, a comunicação como um processo de transmissão de informação, onde a relação humana é necessária para ser estabelecida.

O termo informação tem a sua origina do latim “*informatio, informatium*,” que consiste em dar forma a alguma coisa, apresentar, ensinar ou instruir, “informação” propriamente dita consiste em adquirir conhecimento. Pois neste sentido a informação ajuda o utente a processar as decisões a serem tomadas de forma consciente livre e responsável, de acordo com a realidade (Vicente, 2014).

Para Lavareda e Soveral (2007, p. 10) “o direito à informação é, sem dúvida, um direito adquirido de cada e todo o utente, inerente à prestação de cuidados”.

A informação que é transmitida aos utentes não tem como objetivo diminuir a distância científica e técnica existente entre o profissional de saúde e o utente, mas sim prepará-lo para tomar decisões responsáveis uma vez que sem informação na há condições para tomar uma decisão livre e responsável (Almeida, 2007).

Na nossa realidade cabo verdiana, o direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição da República de Cabo Verde (CRCV), no artº 71, (2015, p. 59), onde afirma que “todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica”, deste modo o profissional de saúde tem o dever respeitar, defender e promover o direito da pessoa à informação e ao CI.

No Estatuto da Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2003), prescreve-se que, no respeito pelo direito a autodeterminação do utente o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao CI;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;
- d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

A informação é um elemento central na prestação de cuidados de saúde porque facilita a compreensão do utente face a seu problema de saúde. Na relação profissional de

saúde utente, quando há ausência da verdade e de informação adequada é considerado uma falta de respeito e violação dos direitos do utente (Melo, 2005).

A informação que é transmitida aos utentes tem como objetivo preparar o doente para tomar decisões responsáveis uma vez que sem informação, nenhum utente tem condições para adotar uma decisão livre e responsável. A ignorância e o erro viciam substancialmente a liberdade, embora reconheçamos que o conhecimento, só por si, também não garante uma decisão livre (Almeida, 2007). Assim, ao utente deve ser transmitido toda a verdade, e que esta verdade deve ser adequada a ele, mediante a sua estrutura psicológica e estabilidade emocional. Entretanto, para Fonseca e Videira (2003, p. 41) o que evidencia o procedimento de informar “é uma resposta à satisfação das necessidades humanas, com intuito de estimular cada pessoa a realizar-se”.

A questão da informação assenta na autonomia e na autodeterminação do doente, segundo Lopes (2006, p. 213), “normalmente associada ao direito à informação está implícita a autodeterminação do utente, pelo que, após informar, a enfermeira solicita autorização para a realização de alguns cuidados”. Nesse caso pode-se afirmar que após o utente estar informado o profissional de saúde pede a autorização para realização das intervenções, pode-se dizer que pede o consentimento.

Assim segundo Lobão (2003, p. 20), “a necessidade de obter o CI assenta na proteção dos direitos à integridade física e moral do doente”. Completando as ideias acima, segundo Dias (2003, p. 41), o CI está presente no Código Deontológico do Médico, como no do enfermeiro, onde é considerado “como um conceito de dever profissional, que respeita a autodeterminação da pessoa e o seu direito à informação e decisão sobre o seu próprio corpo”.

O CI é um processo que envolve a autonomia e a autodeterminação do utente, que baseia na transmissão e compreensão de informação. Para Dias (2003, p. 55) o CI é “uma ação voluntária e livre feita por uma pessoa autónoma, maior e na posse das suas faculdades mentais de forma a decidir uma escolha inteligente permitindo algo proposto por alguém”.

O consentimento manifesta-se através do exercício da autonomia do utente, quando é devidamente informado e esclarecido de forma a poder refletir e decidir o que é melhor para si, baseando-se nos seus ideais, crenças, e valores, mas no entanto se o doente não for profundamente esclarecido e informado, ele não poderá decidir livremente e em consciência plena do que está a acontecer (Borje, 2010).

1.5. A autonomia e consentimento informado

O homem age de forma livre e com criatividade, sem algum tipo de persuasão e poder sobre ele, por isso a autonomia é um conceito que os profissionais de saúde não podem esquecer, uma vez que o homem nasceu livre que segundo Mariz (S/D, p. 9), o “homem começou livre e com o tempo foi ficando dependente de outros homens, segundo ele o processo de liberdade necessita de aceitação de pessoas enquanto cidadãos, e que a necessidade de autonomia está ligada com a noção de liberdade”.

Segundo Costa (2011), o filósofo Kant defende que a autonomia está diretamente relacionada com a dignidade da pessoa humana, dignidade esta que está relacionada com a igualdade e respeito conferido a cada ser humano.

Na ideologia de Almeida e Machado (2010), a autonomia pode ser entendido como a capacidade que a pessoa tem para tomar as suas decisões de forma livre e responsável, sem coações internas ou externas, ou seja é a capacidade de governar-se a si mesma.

Assim sendo, a autonomia pode ser avaliada por três critérios. Autonomia de ação, em que o homem age de forma independente, sem qualquer obstáculo, de acordo com a sua consciência. Autonomia de vontade, que permite ao ser humano decidir sobre coisas com base nas suas próprias deliberações, e a autonomia de pensamento que é a que faz o homem, no uso da sua capacidade intelectual, um ser que pode tomar decisões com base nas suas crenças e valores (Costa, 2011).

Para Almeida (2007), ao longo dos últimos vinte anos, a autonomia tem sido discutida frequentemente na bibliografia de ética tanto de enfermagem como dos cuidados de saúde, assim como Ferreira e Garcia (2006), afirmam que o princípio da autonomia na tradição hipocrática é o que mais tem colocado desafios aos preceitos éticos, uma vez que o utente quer fazer valer a prática do paternalismo, baseado no princípio da beneficência, sabendo que o utente tem o direito à autonomia.

A autonomia do utente é um dos preceitos éticos mais defendidos na prática clínica, mas no entanto ela nem sempre é respeitada. Isto porque até a primeira metade do século XX o médico exercia o poder paternalista sobre o utente, em que ele decidia o que era melhor para o utente exercitando o princípio de beneficência e o de não maleficência para com o utente, cujo a única obrigação do médico era agir de acordo com os melhores interesses do doente, de modo a evitar um dano intencional (Almeida, 2007).

A posição de utente está a mudar para uma posição de cliente, uma vez que a condição anterior visava os cuidados de saúde como uma dádiva, mas já com a nomeação de cliente, ela está sujeito a pagar/comprar um serviço o que obriga cuidados de excelência (Perry e Potter, 2006). Com essas mudanças houve também enormes alterações sociais e culturais que assentam nos direitos e escolhas pessoais, cuidados de excelência, o direito e o respeito à autodeterminação como o valor fundamental.

A qualidade dos serviços prestados e os cuidados de saúde estão voltados para o utente e com o utente, no sentido de ouvi-lo, assim, deve-se informa-lo de modo que este possa exercer os seus direitos nomeadamente o direito de decisão (Rabelo, 2007).

Sabendo que a autonomia é a capacidade que o utente tem para decidir sem que este esteja sob influências externas, para (Calado, 2014), a autonomia dá ao utente um papel ativo na participação dos seus cuidados de saúde porque ele pressupõe a livre escolha sobre a aceitação ou recusa de intervenção em si próprio, partindo do pressuposto que este possui informação suficiente para tomar a decisão.

O princípio da autonomia na prática implica a promoção tanto quanto possível de comportamentos autónomos por parte dos doentes e informando-os convenientemente, assegurando a correta compreensão da informação ministrada e a livre decisão e para que a autonomia fosse possível o doente tem de ter conhecimento do seu diagnóstico, prognóstico e plano terapêutico, porque somente desse jeito o doente poderá atuar e envolver-se ativamente nos cuidados (Calado, 2014).

O consentimento informado surgiu para garantir e respeitar a autonomia e a dignidade humana, definido por Lobão (2003, p. 20), como o “cumprimento do dever de respeitar um direito autónomo do utente à livre determinação em matéria de saúde”, assim para o mesmo autor “a necessidade de obter o consentimento informado assenta na proteção dos direitos à integridade física e moral do utente”.

O consentimento informado foi definido por Dias (2003, p. 55) como “uma ação voluntária e livre feita por uma pessoa autónoma, maior e na posse das suas faculdades mentais de forma a decidir uma escolha inteligente permitindo algo proposto por alguém”. O consentimento informado é um processo que envolve a autonomia e a autodeterminação do utente, que baseia na transmissão e compreensão de informação.

Para o mesmo autor o consentimento informado está presente no Código Deontológico do Médico, como no do enfermeiro, onde é considerado “como um conceito

de dever profissional, que respeita a autodeterminação da pessoa e o seu direito à informação e decisão sobre o seu próprio corpo”, (Dias 2003, p. 41).

Devido a evolução da medicina tão invasiva e agressiva, e tendo como suporte o valor ético da autonomia da pessoa humana, surgem no panorama mundial vários documentos que visam proteger de forma efetiva os direitos dos utentes, nomeadamente o direito ao consentimento informado (Perreia, 2004).

O consentimento informado deve pautar-se por critérios éticos bem definidos à luz da tradição profissional e das disposições internacionais que consagram a doutrina da dignidade da pessoa e dos seus direitos, isto porque o consentimento serve como o instrumento de defesa dos direitos do utente, bem como um processo fulcral no ato clínico em particular na cirurgia (Vicente, 2014).

O consentimento trata-se de um instrumento que permite, salvaguardar os interesses e objetivos médico-terapêuticos, incrementar o respeito pelos aspetos individuais e evolutivos do paciente possibilitando o direito à autodeterminação e dignidade humanas, em que cada cidadão deve ser livre e dispor das condições mínimas para se auto realizar e agir segundo os seus valores, princípios e preferências (Pereira, 2004).

Realça Gomes, (2009) que o médico deve informar o utente sobre o diagnóstico e a essência do tratamento que vai realizar, por outro lado, o enfermeiro deve explicar todos os cuidados que vai realizar, o objetivo dos mesmos, as consequências e os riscos que podem surgir se estes não lhe forem prestados. Assim o utente pode manifestar a sua decisão autónoma, mas isso só acontece quando é devidamente informado e esclarecido para que possa refletir e decidir o que é melhor para si baseando-se nos seus ideais, crenças, e valores.

Então para a obtenção do consentimento informado, a informação fornecida deve consistir numa linguagem acessível (de preferência não profissionalizada), específica como também deve-se averiguar se a informação foi compreendida e entendida, de modo a obter o consentimento que deve ser um ato individual.

1.6. Elementos do Consentimento Informado na prestativa da bioética

Segundo Costa, (2011) para que o CI possa vir a ser considerada válida deve ter em conta determinados critérios, como: a competência, a comunicação, a compreensão, a voluntariedade e o consentimento ou seja, o utente tem que ter capacidade para

compreender a informação dentro do seu sistema de valores, fazer um julgamento sobre essa informação, elaborar uma resposta e, comunicar livremente o seu desejo ao profissional ou equipa de saúde. Nesse caso, segundo Baptista, (2012) pode-se dizer que a competência, a compreensão, a voluntariedade e o consentimento devem estar presentes na hora de obter o consentimento.

1.6.1. Competência para decidir

A competência é o primeiro aspeto que deve ser reconhecido no utente, uma vez que a competência é a capacidade para decidir, pelo que segundo Cabete, (2005, p. 122), a “capacidade de tomar decisões é uma área fundamental na autonomia do ser humano, poder escolher e poder decidir, fazem parte dos direitos mais básicos na vida e dignidade de cada um”. A competência é fundamental, pois reflete a capacidade que o utente possui para tomar uma decisão, por outro lado ela protege as pessoas contra as decisões que podem ser tomadas em nome dos cuidados de saúde, ou seja que não estão de acordo com os seus interesses.

Todos os utentes são considerados em princípio competentes. Mesmo em paridade de circunstâncias clínicas, as suas competências e capacidade variam. Se algumas delas alegam alterações cognitivas profundas, nas quais se torna patente a sua incompetência, existem outras em que as suas capacidades não se encontram tão reduzidas, por isso torna-se necessário uma avaliação. Neste sentido, é necessário determinar critérios para avaliar a competência dos utentes na tomada de deliberações, e a sua capacidade de compreender a informação pertinente, de comunicar, as preferências, de apreciação, a sua posição, consequências e de manusear a informação logicamente (Gonçalves, 2006).

Para Marques (2002, p. 45) os conceitos de autonomia e competência estão intimamente ligados,

“(...) um indivíduo é competente para tomar uma decisão se é capaz de entender a informação material, de fazer um juízo sobre essa informação tomando como base os seus valores pessoais, de pretender alcançar um determinado objetivo e de expor os seus desejos perante os seus cuidadores (...)”,

ou seja, um indivíduo só é competente para tomar as suas decisões, se for capaz de entender a informação que lhe é transmitida, respeitando assim os seus valores pessoais. A

capacidade que o utente tem em consentir, tem a função de demarcar a linha que separa a assistência da autodeterminação (Pereira, 2004).

De acordo com Rabelo (2007) há alguns fatores determinantes que confirmam a capacidade do utente em participar na decisão:

- Que ele compreenda e retenha as informações relativas ao exame ou tratamento, o seu propósito, as razões porque está a ser exposto e os riscos e benefícios;
- Que ele perceba as consequências de não aceitar o exame ou tratamento propostos;
- Que ele acredite nessas informações;
- Que ele retenha as informações dadas e que tenha tempo suficiente para as ponderar;
- Que seja capaz de tomar uma decisão livre, isenta de pressões.

O conceito de competência torna-se fundamental porque ela reflete se a pessoa é capaz ou não para decidir, logo a capacidade para decidir é uma condição precisa, mas não suficiente, para uma decisão autónoma.

1.6.2. Comunicação

A comunicação é inerente ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho de suas funções, etimologicamente, o termo comunicar provém do latim *comunicare* e significa pôr em comum, portanto, a comunicação na perspectiva de Phaneuf (2005, p. 54) pode ser entendida como um “processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, a partir das quais as pessoas se percebem, partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos.”

Para que o ato de comunicar seja eficaz e eficiente deve-se ter em conta a situação que se encontra o utente, isto é, deve atender a sua capacidade de reflexão e perceção de acordo com o seu estado psíquico.

O CI assenta no processo de transmissão da informação que é revelada para o processo de tomada de decisão autónoma do utente, pois a informação deve ser transmitida de forma clara e acessível e verdadeira numa linguagem compreensível de acordo com os conhecimentos do utente. Neste sentido, a informação deve ser fornecida ao utente no seio de um clima acolhedor com o tempo suficiente para que este reflita sobre a sua decisão, com isso, é importante estabelecer uma verdadeira relação de confiança entre o utente e o profissional de saúde, baseada no respeito mútuo (Almeida, 2007).

Com isto, podemos constatar que para ter uma boa comunicação o profissional de saúde deve estar particularmente vocacionado para a arte de comunicar, de forma a ultrapassar os obstáculos linguísticos e pessoais com que muitas vezes se deparam.

No âmbito do CI, a informação a ser fornecida deve ser adaptada aos valores e expectativas psicológicas, sociais de cada ser, ou seja, ela deve ser determinada pela necessidade específica de cada indivíduo, tendo por base a melhor alternativa para aquela pessoa e não a escolha de uma suposta “ótima alternativa científica/tecnológica” (Almeida, 2007).

A comunicação em enfermagem exerce um importante papel no que tange a um cuidado competente e humanizado, devendo atingir um sentido mais amplo que privilegie o utente por meio de um relacionamento terapêutico, entendido como um processo ativo e personalizado, envolvendo afinidade, compreensão e aceitação entre o enfermeiro e o utente (Phaneuf, 2005). Portanto, no processo comunicativo, a comunicação verbal e não-verbal fortalecem o vínculo afetivo entre o profissional de enfermagem e o paciente, proporcionando uma relação entre eles com ênfase nas necessidades individuais de cada utente.

1.6.3. Compreensão

A compreensão é a consciencialização de que o utente entendeu a informação transmitida. A capacidade de compreensão é específica para cada utente, sendo que a compreensão exige tempo, os profissionais de saúde devem dispor do mesmo para informar, explicar e permitir uma real interação com a utente a quem se solicita o CI, Almeida, (2007).

Antes da obtenção do consentimento, o profissional de saúde deve apurar se a informação foi bem entendida pelo utente, porque muitas vezes há dificuldade em apreender a informação, adotar a linguagem ao ambiente cultural, religioso ou étnico.

A decisão deve ser respeitada se o utente tiver a capacidade para compreender a informação transmitida se for capaz de fazer uma reflexão sobre a informação à luz dos seus valores e de elaborar uma resposta e comunicar livremente a sua decisão aos intervenientes. Nesta perspetiva, a compreensão das informações é de extrema importância para que o utente possa optar pelo tratamento, exercendo o princípio da autonomia. A

compreensão é considerada como algo que coloca maior dificuldade no processo de CI (Gomes, 2009).

1.6.4. Voluntariedade

A voluntariedade é a expressão da vontade individual com a liberdade de consentimento, em que o utente deve estar livre de qualquer força manipuladora e coerciva. Neste sentido, quando o utente se encontra no uso pleno da sua racionalidade sem constrangimentos emocionais, passionais ou de outra natureza (por exemplo, dor intensa) ele é considerado livre para decidir, desta forma é crucial que este processo cumpra estes requisitos (Vicente, 2014).

O utente tem de ter a capacidade para tomar decisões, de modo a agir segundo as suas convicções e voluntariedade para decidir sobre elas, (Pereira, 2004)

A voluntariedade é muitas vezes expressa como liberdade de consentimento e que é incompatível com qualquer forma de coação ou manipulação. A pessoa deve ver-se livre de qualquer influência externa e agir de acordo com a sua vontade, neste caso é atribuída a voluntariedade um papel importante no que respeita ao consentimento informado (Nunes, 2009).

A voluntariedade depende do enquadramento ambiental em que o consentimento é realizado. A voluntariedade pode ser afetada pela condição de membro de um grupo vulnerável cuja autonomia está reduzida temporariamente ou definitivamente, como acontece no caso de crianças, adolescentes, doentes e reclusos que estão impedidos de manifestar a sua vontade (Almeida, 2007).

O aumento da vulnerabilidade leva à redução ou perda total da liberdade individual, pois os fatores que conduzem à vulnerabilidade contribuem para impedir uma escolha livre. Pode-se considerar como fatores, as condições socioculturais, étnicas, políticas, económicas, educacionais ou de saúde. Há “diferenças”, estabelecidas entre elas e que de uma certa forma envolve a sociedade transformando-as em desiguais, o que dificulta a sua capacidade de expressar livremente a sua vontade (Almeida, 2007).

1.6.5. Consentimento

O CI assenta na proteção dos direitos, a integridade física e moral da pessoa humana, fundamentando-se na autodeterminação, na autoestima, conduzindo a decisões reais e livres que vão de encontro a vontade do utente.

O CI torna-se importante porque permite estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o utente, pois respeitar a prática do CI é o mesmo que aceitar o outro, que é constituído por seus princípios e valores.

A obtenção do CI deve ser de forma simples e adaptada a necessidade de informação de cada ser, sendo que obter e dar o consentimento é um fenómeno complexo, uma vez que o consentimento não se adquire, vai-se adquirindo à medida que se vai conhecendo o utente (Melo, 2005).

Podemos constatar que há sempre uma necessidade da parte dos profissionais de saúde de aplicar o CI, em qualquer instituição, e que o consentimento é dado na forma oral ou escrita de acordo com a relevância e o risco da decisão a ser tomada (Almeida, 2007).

No plano ético, não há qualquer diferenciação entre o consentimento verbal ou escrito, tratando-se a assinatura do CI, como uma formalidade jurídica, em que, no caso de conflito poderá funcionar como prova (Vicente, 2014).

Atualmente, qualquer profissional de saúde no seu campo de atuação específico deve garantir o princípio da autonomia e consequentemente o CI, onde se deve esclarecer o utente sobre o tratamento a efetuar enumerando os prós e os contra, esclarecendo dúvidas e mostrando percursos alternativos à proposta efetuada, bem como os cuidados que vão sendo prestados, a sua finalidade e consequências, explicitando o que poderá acontecer caso preste ou não o cuidado pretendido.

1.7. Princípios éticos

A ética nasce como uma perspetiva que ilumina o agir humano, através da formação da sua personalidade, em que não dá soluções mas contribui com orientações para o agir, clarificando neste caso os valores e princípios éticos de forma a promover o raciocínio moral.

Para uma tomada de decisão ética é indispensável um autoconhecimento e consciência dos valores com que cada um de nós, muitas vezes de forma inconsciente, fundamenta os princípios pelos quais rege o seu comportamento, só assim se pode chegar a

uma decisão clarificada e, por outro lado, conseguir-se, de algum modo, ter também a consciência e respeito pelos valores e princípios do outro, não impondo-lhe a nossa própria moralidade (Silva, 2002).

Para que o CI possa ser feito, é necessário que se tenha em conta os pressupostos que envolvem considerações respeitantes aos quatro princípios da ética; princípio de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

1.7.1. Princípio de beneficência

Nos cuidados de enfermagem, o princípio de beneficência significa para os enfermeiros, a obrigação de promoverem objetivamente o bem-estar dos utentes, e não apenas de evitar o mal, a beneficência não pode ser como uma obrigação de resultados, mas como uma obrigação de meios. O enfermeiro numa determinada situação é obrigado a usar os meios que segundo os princípios de atuação, deverão produzir benefícios para o utente nessas circunstâncias (Queiros, 2001).

Este princípio refere-se à obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos, que segundo Pessini, (2006, p. 36), “esse princípio deu origem a normas exigindo que os riscos (...) sejam razoáveis à luz dos benefícios esperados”

Mas quando a proposta da aplicação desses princípios entra em conflito com a vontade expressa do utente, aqui prevalece a autonomia do utente.

O princípio de beneficência relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para o seu benefício, é evidente que a tomada de decisão baseada exclusivamente neste princípio pode incorrer em paternalismo, enquanto atuação limitante da liberdade do outro. Este princípio surgiu como forma de evitar fazer o mal, sobretudo de não causar dano, assim designa-se como princípio de não-maleficência (Nunes *et al*, 2005).

1.7.2. Princípio não maleficência

O princípio da não maleficência consiste em não fazer mal ou não causar dano a outrem, o que no contexto de cuidados de saúde se reporta, não só a danos corporais decorrentes da própria prática de cuidados, como a danos psicológicos, devido a uma maior vulnerabilidade do indivíduo quando em situação de doença (Vicente, 2014).

Este princípio tem raízes muito antigas na medicina; já Hipócrates enfatiza o dever de não prejudicar o utente. Queirós (2001, p. 58) acrescenta que “este princípio está

relacionado com o princípio da beneficência. Refere-se a males não morais e sobretudo a males corporais: dores, doenças, morte (...) este princípio é em si mais vinculativo que o da beneficência”. Melhor dizendo este princípio completa o de beneficência, neste caso o efeito bom pretendido é a recuperação do utente.

1.7.3. Princípio de justiça

Nos contextos dos cuidados de saúde, o princípio da justiça refere-se sobretudo à justa distribuição de recursos; e à igual oportunidade para aceder e beneficiar de determinado recurso. Contudo, as exigências da justiça distributiva são problemas muitas vezes de difícil resolução tendo em conta a limitação, ou, por vezes, escassez de recursos disponíveis. Esta “justiça distributiva,” ao relacionar-se com a afetação de recursos para a prestação de cuidados de saúde, tornou-se num dos principais problemas de ética biomédica da atual (Vicente, (2014).

Para o mesmo autor, este princípio, há que ter em conta que nem todos os utentes são iguais e que, conseqüentemente, as suas necessidades de cuidados divergem. Neste sentido, este princípio não implica cuidar todos da mesma maneira, implica sim, responder de forma satisfatória as diferentes necessidades de todos os utentes.

Segundo Nunes *et al* (2005, p. 67), a que dar justiça “a cada um o que lhe é devido, na conformidade com o direito (legalidade) e sendo uma proporção (igualdade) justiça e igualdade de direitos quer seja juridicamente exigidos ou moralmente”.

1.7.4. Princípio de autonomia

A autonomia é conhecida também como o valor da liberdade, ela é fundamental para expressar as nossas convicções, valores, princípios e, conseqüentemente, usufruir do direito da tomada de decisão individual, encarando a pessoa como um fim e não como um meio, pode se referir que o princípio de autonomia é o que o utente deseja e é o que prevaleça na relação de ajuda.

Neste sentido, o CI é um direito do utente, ou seja, o utente, sempre que capacitado das devidas competências para tomar decisões, deve ser correta e verdadeiramente informado acerca da sua situação, tratamento, riscos e possíveis alternativas, de forma a fazer as suas escolhas conscientemente e com base nos seus próprios valores éticos e morais (Silva *et al* 2003).

Deste modo, o objetivo do CI enquanto resultado do princípio da autonomia é aumentar a autonomia pessoal, decisões que afetam o bem-estar físico e mental do doente (Vicente, 2014).

1.8. A enfermagem e o consentimento informado

Nos dias que se decorrem, tem-se a necessidade de reavaliar o padrão autoritária das instituições ou mesmo dos profissionais, de modo a poder reconhecer e valorizar o papel do cidadão nas diversas fases e intervenções relacionadas com a sua saúde, isto porque na prática dos cuidados de saúde observe-se frequentemente dificuldades na aplicação do consentimento.

O CI no âmbito de enfermagem é bastante polémico e algo difícil de entender numa primeira interpretação. As barreiras institucionais e organizacionais são frequentemente obstáculos a consideração que o indivíduo merece por parte do profissional de enfermagem, que por si só impedem o CI, na sua aplicação (Vicente, 2014).

Os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos a todo o momento e em todas as situações. Na perspetiva de Nunes, (2005, p. 45) considera que “o que inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis; de acordo com a ética (...), o enfermeiro está obrigado a assegurar que os utentes recebem toda a informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos”.

O CI é uma dimensão cristalizada do princípio da autonomia. Neste sentido o utente só possui uma real autonomia com cabal esclarecimento. Torna-se, necessário prestar atenção a forma como a informação é transmitida, incorporada e assegurar-se de que o utente percebeu a informação (Pereira, 2004).

Segundo Vicente (2014) a enfermagem é elucidada pelo regulamento do exercício profissional. Para (Nunes *et al*, 2005) no artigo 84º do código refere-se ao dever de informar ao utente, respeitando o seu direito de autodeterminação, e neste caso o enfermeiro assume o dever de:

- a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao CI;
- c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem;

d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.

No artigo 78º do Nunes et al, (2005, p. 61) “as intervenções do enfermeiro são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade humana e do enfermeiro, assim, são valores universais a observar no relacionamento profissional, (...) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum (...)”.

É o respeito pela autonomia do outro que pressupõe, por exemplo, o consentimento para a realização dos atos de enfermagem. Os enfermeiros devem esclarecer e clarificar a informação de forma a garantir a livre escolha do utente.

Como ressalva Pereira (2004, p. 39) acerca da informação a conceder pelo enfermeiro: “apenas abarcando os deveres de informação próprios da atividade de enfermagem. Ele não pode - repito - substituir-se ao médico, no cumprimento dos deveres deste”.

Em relação ao papel dos enfermeiros no CI é preciso distinguir os atos clínicos independentes dos dependentes; primeiro o enfermeiro assume toda a responsabilidade assistencial, igualmente relativa ao CI. Nos atos clínicos interdependentes, terá que haver acordos entre todos os atores implicados, médicos, enfermeiros e psicólogos (Gracia, 2004).

O CI continua a ser da responsabilidade total e exclusiva do médico. Os enfermeiros dependem deste para que possam participar ou não no CI. A participação dos enfermeiros no CI tem um papel crucial no sucesso e concretização deste, através de um trabalho de equipa entre o médico, enfermeiro e outros técnicos de saúde. A participação dos enfermeiros é realizada, na maior parte das vezes, de uma forma velada e por vezes clandestina (Vicente, 2014).

Para o mesmo autor, atitude oposta dos enfermeiros, de não quererem participar tanto na informação, como no CI, tem consequências gravíssimas para a profissão. Deste modo, o CI deverá ser realizado em trabalho de equipa com todos os técnicos de saúde, para que a sua filosofia seja concretizada de uma maneira ética, individualizada e humanizada para com o utente.

Para o autor acima supracitado, muitas vezes, é o enfermeiro que dirige ao utente dando-lhe informações mais pormenorizada, numa linguagem mais acessível, em quanto o médico não teve tempo para um atendimento holístico. Neste cenário, o enfermeiro é um tradutor e um mediador entre o médico e o doente, pois explica o diagnóstico e os cuidados

no pré, pós e na alta ao doente/família, deste modo, e de forma conjunta com os médicos, os enfermeiros deveriam assumir parcerias, tão indispensáveis no trabalho em equipa, garantindo assim o reforço da informação.

Para Carapinheiro (2005, p. 55) “...responsabilidade de decisão dos enfermeiros são marcadas pelos médicos, definindo o que os enfermeiros podem fazer e dizer ao utente, exercendo sobre os enfermeiros o constante pedido de responsabilidades pelo que não devem fazer, pelo que não fizeram e que estava ordenado que fizessem, pelo que disseram a mais e não deveriam ter dito...”. Assim, a participação dos enfermeiros no CI torna-se muito difícil, para não dizer impossível; “...uma das situações produtoras de tensão padronizadas entre os médicos e enfermeiros é aquela em que as enfermeiras se substituem aos médicos na transmissão de informações aos doentes sobre aspetos relativos às suas situações clínicas”.

Os enfermeiros são responsáveis não só por aquilo que fazem, mas também por aquilo que poderiam ter impedido. Considerando as consequências tanto daquilo que fazem como daquilo que decidiram não fazer (Vicente, 2014).

O CI muda a relação entre o enfermeiro e o utente, traduzindo-se no reconhecer, respeitar e defender a capacidade do doente para pensar, decidir e agir de forma ativa sobre os cuidados de enfermagem que lhe são propostos e na escolha da decisão a tomar. O doente deve assim, ser visto como uma pessoa autónoma e com o direito a ser informado sobre tudo o que se pretende fazer-lhe. Os enfermeiros devem-se assegurar que os seus pacientes entenderam o CI, devendo utilizar estratégias de comunicação para possibilitar que esta se realize da melhor forma.

O CI é fundamental na avaliação da responsabilidade dos profissionais de saúde, que a falta do CI é motivo de responsabilidade civil independente do sucesso ou insucesso do tratamento de saúde (Roberto, 2005).

1.9. A pessoa no centro de cuidados de enfermagem

Na atualidade, falar da pessoa humana é uma constante, visto que a pessoa possui faculdades diferenciadas que não são partilhadas por qualquer outro ser; a sua capacidade reflexiva, a sua postura intelectual perante as coisas, a sua liberdade, o agir autónomo e intencional, o desejo volitivo de se auto transformar e de transformar o seu próprio mundo, são vetores que lhe são indissociáveis (Almeida, 2007).

É nesta perspetiva que o utente está no centro das atenções dos enfermeiros, na medida em que em certos momentos do seu ciclo vital (da concepção até a morte) carece de cuidados que não consegue prestar a si próprio, quer devido a fase de desenvolvimento em que se encontra, cujo processo de transição exige capacidade, conhecimento ou vontade que não possui, quer devido a doença ou enfermidade que a afeta (Vieira, 2009).

O utente é o conceito central em enfermagem, é aquele que efetivamente ou potencialmente recebe os cuidados, neste caso os enfermeiros colocam as suas atenções nas necessidades que não são satisfeitas por causa da doença, necessária para manter e promover a saúde e o bem-estar. Assim para a mesma autora o utente deve ser encarrado como uma totalidade, mais do que a soma das suas partes, porque o cuidar holístico promove humanismo, saúde e qualidade de vida e uma abordagem individual, direcionada para a pessoa que integra todas as partes num todo unificado e significativo (Almeida, 2007).

De acordo com Moniz (2003, p. 30), a prestação de cuidados é “o acentuar e o reforçar da concepção holística do utente, onde é desejado que o enfermeiro reconheça cada vez mais o utente no seu todo numa perspetiva de crescimento e de desenvolvimento.”

A ação interpessoal que decorre neste sentido, implica que seja estabelecida uma relação de ajuda. Gonçalves (2002, p. 39) refere que “a relação é a ciência do cuidar”, assim para Phaneuf (2005, p. 75), a relação de ajuda aplicada aos cuidados de enfermagem “conserva o seu carácter de respeito e de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística tendo em conta todas as dimensões da utente”, a relação de ajuda é uma relação baseada na forma holística tendo em presente todos os aspetos da pessoa cuidada.

Neste sentido cada utente é um ser único e exclusivo, com características peculiares, que ao ser cuidado pode encontrar-se com o outro numa relação de proximidade e de ajuda, criando assim um laço de confiança e respeito mútuos, estabelecendo em conjunto objetivos que possam satisfazer as necessidades do próprio utente. Para isso, o cuidador precisa desenvolver a capacidade de escuta, empatia, respeito, sensibilidade e congruência (Moniz, 2003).

A relação de empatia com o utente é uma das formas de iniciar e manter um processo relacional em que o enfermeiro consegue estar à vontade no mundo percetual do utente. Assim para Phaneuf (2005) a empatia é um dos elementos fundamentais numa relação de ajuda, em que a sua compreensão consiste na capacidade e disponibilidade para

experimental, os medos e as alegrias do utente, como se dos seus próprios sentimentos se tratasse, sem no entanto ser afetado por esses sentimentos.

1.10. Direito a recusa de tratamento

A recusa de uma proposta terapêutica está baseada na autonomia plena do utente livre de coações, este fato supõe basicamente, que o utente se encontra em situação racional para decidir se pretende prestar ou não o CI. O receio de um atendimento inconveniente perante a recusa a uma intervenção e, conseqüente recriminação ou catalogação de não cooperante por parte da equipa de saúde, limitam a autonomia do utente (Vicente, 2014).

Oliveira (2006, p. 66) alerta que “(...) é necessário que não haja dúvidas acerca da vontade manifestada – quanto à informação em que ela se baseou; quanto à liberdade com que foi feita; quanto à sua atualidade”.

Uma das possíveis conseqüências do processo de obtenção de consentimento é a recusa de tratamento ou de qualquer tipo de procedimento por parte do utente. A diminuição da liberdade do utente está relacionada com a estrutura hierárquica do meio hospitalar e que autonomia individual é infringida quando há uma influência externa, porque o utente não está agindo segundo a sua vontade mas sim influenciado por fatores que lhe são estranhos. A autonomia do utente está limitada quando este tem o receio de um atendimento inconveniente frente a uma recusa de uma intervenção e com a recusa vem a catalogação de não cooperar para a sua melhoria de saúde (Almeida, 2007).

Para que essa decisão seja válida, é necessário que o utente seja reconhecido apto para tomar decisões, os profissionais de saúde têm o dever de informar o utente de forma completa e inteligível das conseqüências seguras ou prováveis da recusa do tratamento que lhe é proposto, concedendo desta forma ao utente oportunidade para reflexão e discussão com pessoas significativas ou outros profissionais de saúde (Vieira, 2009).

Neste sentido, se o tratamento proposto permitir salvar a vida, mas no entanto houver uma recusa do tratamento que por conseguinte coloca a vida em risco a equipa de saúde pode exigir que a recusa do tratamento seja formulada por escrito e testemunhada, como é o caso da recusa de procedimentos médicos por motivos religiosos como acontece com as testemunhas de Jeová, que em risco de vida recusam a transfusões de sangue, neste caso a vontade do utente deve ser respeitada (Rebelo, 2007).

Quando se trata de doenças altamente contagiosas essa recusa torna-se inaceitável porque há um risco de gerar epidemias, ou até mesmo afetar grande número de utentes, neste caso deve prevalecer, o princípio de beneficência ou seja, bem comum sobre o bem individual (Vicente, 2014).

O princípio de beneficência está diretamente relacionada com o da não maleficência, já que para além de promover o bem, deve evitar o mal (Almeida, 2007). O utente ao recusar qualquer intervenção terapêutica que lhe será benéfica não está a cumprir o seu dever de abster de atitudes, comportamentos e hábitos que ponham em risco a sua própria saúde ou a de terceiros, devendo contribuir para a melhoria da sua saúde, ao seu alcance, das condições de saúde familiar e ambiental conforme é exposto na carta dos direitos e deveres do doente (Vicente, 2014).

De acordo com a carta dos direitos e deveres do utente o conhecimento dos seus direitos e deveres, similarmente abrange a todos os utilizadores do sistema de saúde, potencia a capacidade de intervenção ativa no melhoramento progressivo dos cuidados e serviços prestados. Desta forma o utente deve ser ouvido em todo o processo de tratamento, no que tange a cuidados de saúde e qualidade dos serviços. Neste sentido, o utente é um parceiro ativo no tratamento da sua doença, deste modo, segundo o conhecimento da carta, há uma evolução no respeito, a autonomia e dignidade do utente, desenvolvendo-se um bom relacionamento entre os profissionais de saúde e o utente (Ministério de Saúde, 2011). Os profissionais de saúde deverão estar em condições de prestar toda a ajuda nas decisões do utente.

1.11. Trabalho em equipa

Os profissionais de saúde têm características e preocupações em comum. Entretanto, Goldman (2008, p.55) afirma que “ver o sofrimento de uma pessoa – de alguém gravemente doente, por exemplo – de uma maneira objetiva, clinicamente desprendida, sem uma relação pessoal (a estratégia típica dos profissionais de saúde) ”.

No trabalho em equipa é fundamental o respeito e uma generosa dose de coragem ética, importa salientar que, para os enfermeiros, o trabalho em equipa é de extrema importância para garantia do CI, mais esclarecido. A natureza do trabalho em equipa exige que cada um assuma o seu papel e todos percebam que trabalham para atingir uma determinada finalidade ou resultado concreto (Vicente, 2014).

Nos cuidados de saúde, todos os profissionais de saúde devem reconhecer que o utente tem direito de exprimir a sua vontade livre e consciente quanto aos cuidados que lhe são prestados. Neste sentido, os enfermeiros trabalham em interdependência com outros profissionais de saúde ajudando-se mutuamente a levar a cabo o programa estabelecido dos cuidados do utente, sem interferir nas tarefas uns dos outros (Tomey & Alligood, 2004).

Os enfermeiros fazendo parte da equipa multidisciplinar no cuidado aos utentes, têm objetivos e ações importantes e fulcrais no exercício da sua profissão, têm uma palavra e uma ação muito particular, quer pela abordagem holística que desenvolvem na sua atuação enquanto profissionais, quer pela maior presença física junto dos utentes (Goldeman, 2008).

Quanto maior for a eficácia do trabalho em conjunta com os médicos e enfermeiro, maior é prática do CI. As condições de exercício e as estratégias são definidas pelo poder do médico e não atribuindo ao utente qualquer poder oficialmente reconhecido, pondo em causa o direito a autonomia e ao CI do utente (Graça, 2005).

As relações interprofissionais na equipa de saúde têm por base a organização, a comunicação e o poder (autoridade), sendo a partir deles que se geram conflitos ou que, pelo contrário, se estabelece uma dinâmica eficaz que contribui para a eficiência da assistência produzida em determinada unidade de saúde. Muitos autores apontam para que as profissões integradas na equipa de saúde se subordinem ao poder médico (Almeida, 2007).

Este poder assenta na autoridade profissional que os médicos usufruem pela detenção dos saberes e competências centrais para a produção de cuidados subordinados a todas as profissões que lhe estão relacionadas ou que lhes são adjacentes mantendo-as no estatuto de paramédicos, o que se concretiza através dos três modos de dominação, subordinação, limitação e exclusão (Carapinheiro, 2005).

No tange a relação entre estes dois grupos profissionais não é linear, havendo conflitos pelo facto de partilharem o mesmo campo de trabalho. Durante muitos anos, conviveram de uma forma diplomática, de cooperação mútua e de respeito (Vicente, 2014).

A importância da comunicação entre a equipa e a boa gestão de conflitos depende de uma decisão conjunta entre os vários profissionais de saúde, considerando as relações interpessoais essenciais para os bons cuidados prestados aos utentes (Clark, Cott e Drinka, 2011).

A responsabilidade de informar o utente é da competência do médico, contudo a equipa de saúde é multidisciplinar e em certas ocasiões é oportuno que seja o enfermeiro a esclarecer dúvidas, desde que dentro da equipa exista diálogo, de modo a evitar informações ambíguas e motivadoras de descrédito para a equipa (Almeida, 2007). Deste modo a equipa de saúde promove a comunicação interdisciplinar, para melhorar o atendimento ao utente.

CAPÍTULO II: FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica é a fase onde o investigador determina todos os meios a serem utilizados ao longo do trabalho para dar respostas as questões previamente estabelecidos. Sabe-se que a investigação científica é um conjunto de processos sistemáticos para aquisição de novos conhecimentos a fim de alcançar de forma fiel toda a informação pretendida.

Neste sentido, a fase metodológica é uma das fases mais importantes para a elaboração de um trabalho de investigação. Primeiramente delineou-se o projeto de monografia que permite demarcação e fundamentação teórico do tema escolhido. Nesta ótica houve necessidade de recorrer a revisão de bibliografia sobre o tema, com o objetivo de mapear o conhecimento científico publicado sobre o assunto.

Para melhor entender o tema de investigação tornou-se necessário explicar alguns conceitos importantes para uma melhor compreensão deste capítulo nomeadamente tipo de metodologia utilizada, a técnica e o instrumento de recolha de informações, local de estudo, população alvo, técnica de amostragem, questões éticas de investigação.

2.1. Tipo de estudo

Tendo em conta a temática em estudo, bem como os objetivos traçados, julgou-se pertinente impregnar como método de investigação o método qualitativo, explorativo e de caráter descritivo, com uma abordagem fenomenológica, a fim de conhecer uma realidade que se pretende contextualizar no HBS.

A investigação é predominantemente qualitativa uma vez que não precisa de quantificar dados mas sim analisá-los. Desta forma, as informações que serão analisadas são as experiências de vida e os sentimentos manifestados pelos entrevistados para a compreensão total do fenómeno.

Para a realização da presente investigação optou-se pelo método descritivo, onde o investigador e o participante estão de mútuo acordo em relação a colheita de informações a serem colhidas. O investigador pretende registar e descreve com exatidão os fenómenos observados sem interferir neles, compreendendo a realidade vivida pelos indivíduos ou seja apresentar as informações que foram encontrados.

De acordo com o objetivo deste estudo, este trabalho de investigação é de carácter exploratório, visto que este tema ainda não foi explorado nos meios académicos realizados em Cabo Verde.

Para entender este fenómeno em estudo utilizou-se a abordagem fenomenológica, porque a análise é feita com dados subjetivos, tal como são vividas e descritas pelos participantes de modo a conhecer qual é o valor do consentimento informado na prática dos cuidados de enfermagem.

2.2. População alvo e amostra

A população alvo é entendida como um conjunto de elementos ou pessoas que partilham características comuns elucidada como um conjunto de critérios, enquanto a amostra é o subconjunto da população.

Para dar uma melhor resposta as questões frisadas, foi necessário definir a população alvo, que nesse caso é constituído por dezoito (18) enfermeiros que trabalham no serviço de cirurgia do HBS, por serem os profissionais da área de saúde mais adequada para um estudo dessa natureza.

Contudo, mediante os critérios de inclusão e exclusão posteriormente explicitados, a amostra que representará a população em estudo é constituída por sete (7) enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS e foram seleccionados através dos seguintes critérios estipulados:

Critérios de inclusão

- Enfermeiros com mais de dois (2) anos de experiência profissional no serviço de cirurgia do HBS;
- Vontade expressa de participar no estudo por livre e espontânea vontade;

Critérios de exclusão:

- Ser enfermeiro chefe do serviço de cirurgia do HBS;
- Enfermeiros que não aceitaram a gravação de entrevista.

Esta amostra fornece-nos uma ideia das características da população em estudo, onde é necessário ter em conta os pressupostos éticos (direito de autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e a confidencialidade).

É de frisar ainda que os sujeitos foram aceites até que se alcançasse a saturação das informações colhidas, uma vez que admitiu-se esse aspeto como determinante do número de participantes a serem admitidos no estudo.

A técnica e o instrumento de recolha de informações

Após a definição da amostra, foi feita a determinação do método de recolha de informação, onde percebeu-se que o melhor método indicado para recolha de informação neste estudo, seria a entrevista semi-estruturada.

A entrevista como método de recolha de dados constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação, visto que, permite colher toda a informação necessária de forma sistemática junto dos participantes.

A entrevista de um modo geral faz parte da comunicação verbal estabelecida entre o investigador e o sujeito em estudo, tendo como objetivo obter resposta a problemática já estabelecida.

A entrevista semiestruturada, permite conhecer as inquietações e necessidade vivida pelos entrevistados. Neste sentido, para facilitar a realização da entrevista, elaborou-se um guião de entrevista (Apêndice I) a fim de compreender melhor o fenómeno vivido pelos participantes.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente aos enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS, onde foram gravadas tendo uma duração de quinze a vinte (15-20) minutos, respeitando todos os princípios éticos legais.

Antes da aplicação das entrevistas foi realizada um pré-teste do guião, para outros enfermeiros de outros serviços, bem como para a enfermeira docente da Universidade do Mindelo, que visa validar a clareza e coerência das interpretações das questões.

Deste modo, foi necessário um consentimento informado onde todos os entrevistados pudessem decidir livremente sobre a sua participação no estudo de investigação. Assim só participou na entrevista os enfermeiros que aceitaram livremente participar no estudo manifestando a intenção, assinado assim um termo de consentimento livre e esclarecido.

2.3. Questões éticas de investigação

Os pressupostos éticos de respeito pela autonomia, garantia de confidencialidade e anonimato dos dados cedidos foram garantidos e respeitados em todo o percurso desta pesquisa. Primeiramente foi encaminhado uma solicitação para a diretora do HBS, em São Vicente, um pedido de autorização para as recolhas das informações necessárias, (Apêndice II) onde o principal objetivo a recolha das informações necessárias para a

realização desta pesquisa. De seguida foi tomado o conhecimento pela diretora do respetivo campo empírico, ou seja o local onde decorreu a trajetória da pesquisa.

Após a receção de um parecer positivo, por parte da comissão de ética do HBS, que autorizava a realização da pesquisa, elaborou-se um CI (Apêndice III) que previamente explicou de forma clara aos participantes a finalidade da entrevista, o objetivo da pesquisa e a importância da colaboração destes para a realização do trabalho de investigação, com o intuito de adquirir a autorização dos mesmos.

No âmbito de realização de um trabalho de investigação científica que tem como objetivo conhecer qual é a perceção e a importância que os enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS tem sobre o CI no que tange a qualidade dos cuidados prestados no serviço, é necessário tomar consciência dos princípios éticos que visam garantir e salvaguardar o respeito pela dignidade humana.

CAPÍTULO III: FASE EMPÍRICA

3.1. Apresentação e análise dos dados

Após a recolha de informações foi necessário efetuar a interpretação das mesmas, tendo em conta os discursos de cada entrevistado.

Nesta fase o investigador dá a conhecer de uma forma reflexiva e sistemática os resultados obtidos através das entrevistas, em que o instrumento utilizado foi um guião de perguntas abertas, para alcançar os objetivos desta investigação.

Para a realização deste trabalho de investigação foram entrevistados sete (7) enfermeiros do serviço de cirurgia, com características próprias para dar respostas aos objetivos pretendidos. As entrevistas foram codificadas de modo a garantir a confidencialidade e anonimato dos entrevistados, mediante pedido prévio de autorização do HBS e do CI dos entrevistados. Foram-lhes atribuídos um nome fictício (Enf 1, Enf 2, Enf 3, Enf 4, Enf 5, Enf 6, Enf 7). A população alvo foi caracterizada de acordo com os seguintes critérios tais como: idade, género, tempo de serviço, grau de escolaridade, estado civil, como se pode constata no quadro abaixo.

Tabela 2: Apresentação e característica da amostra em estudo

Nome	Género	Idade	Profissão	Grau de Escolaridade	Tempo de serviço, no sector de cirurgia	Estado civil
Enf 1	Mas	36	Enfermeiro	Licenciatura	11	Solteiro
Enf 2	Fem	38	Enfermeira	Licenciatura	3	Casada
Enf 3	Fem	39	Enfermeira	Licenciatura	7	Divorciada
Enf 4	Fem	40	Enfermeira	Licenciatura	12	Solteira
Enf 5	Fem	40	Enfermeira	Licenciatura	5	Divorciada
Enf 6	Fem	44	Enfermeira	Licenciatura	2	Solteira
Enf 7	Fem	43	Enfermeira	Licenciatura	13	Casada

Fonte: elaboração própria.

Da análise da tabela observou-se que no que tange à variável género, são seis (6) do sexo feminino e um (1) do sexo masculino, com a idade compreendida entre trinta e seis a quarenta e quatro (36 a 44) anos de idade. Relativamente ao estado civil dos entrevistados três (3) são solteiros, dois (2) são casados, e dois (2) são divorciados. A maioria dos entrevistados estudou na escola de enfermagem do HBS e todos já atingiram o grau de licenciatura em enfermagem.

Relativamente aos anos de serviço estão compreendidas entre dois a treze (2 a 13) anos de serviço no setor de cirurgia do HBS.

3.2. A análise e interpretação das categorias

Para melhor compreensão e análise das informações recolhidas, isto é, das experiências relatadas pelos enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS, através das entrevistas, revelou-se pertinente organizá-las em categorias e em subcategorias. Assim delineou-se em três (3) categorias e em duas (2) subcategorias resumido no quadro abaixo indicado. Sendo que a primeira categoria relata o conhecimento do enfermeiro sobre o CI, e que por sua vez tem uma (1) subcategorias, a segunda expõe a importância do uso do CI na prática da enfermagem, com uma (1) subcategoria, e a terceira que descreve a relação entre o CI e a autonomia do utente, sendo elas:

Tabela 3: Categorias e subcategorias das entrevistas.

Categorias	Subcategorias
I- Conhecimento do enfermeiro sobre o CI	<ul style="list-style-type: none">• Finalidade do CI na prática de cuidado de enfermagem
II- Importância do uso do CI na prática de enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Frequência do uso do CI no serviço de cirurgia
III- Relação entre o CI e a autonomia do utente	

Fonte: elaboração própria.

Categoria I: Conhecimento do enfermeiro sobre o CI

Numa primeira análise, realçamos o conhecimento dos enfermeiros sobre o CI. Pois os enfermeiros devem respeitar, defender, promover o direito do utente, exercendo as suas atividades com competência para promover o ser humano na sua integridade de acordo com os princípios da ética. Portanto, é relevante saber qual é o conhecimento do enfermeiro do serviço de cirurgia do HBS, sobre o CI e a importância da sua aplicação na prestação de cuidados.

Ambos os entrevistados referem que sabem o que é o CI. Segundo eles o CI é a aceitação da autodeterminação do próprio utente, respeitando a individualidade da pessoa humana segundo as informações concedidas e que esta conclusão faz da análise das seguintes transcrições:

Enf 1, 2- *“É quando o interessado é informado sobre um procedimento ou intervenção a que vai ser submetido, e ele assina autorizando tal procedimento”.*

Enf 3- *“trata-se de uma nova prática de medicina atual em forma de documento em que o profissional de saúde concede a informação ao utente em relação a uma possível tratamento ou procedimento”.*

Enf 4- *“é quando o utente é informado sobre uma procedimento que será submetido com o objetivo de o utente reunir informações adequadas para tomar uma decisão livre”.*

Enf 5- *“É a autorização do utente obtido pelo profissional de saúde para realização de qualquer procedimento”.*

Enf 6- *“É a permissão que o utente dá para fazer qualquer ação no seu corpo”.*

Enf 7- *“É um instrumento utilizado para dar o utente a conhecer toda e qualquer procedimento realizado no seu corpo”.*

Em suma podemos observar que todos os participantes têm uma noção do CI, acabando por complementarem-se uns aos outros. Visto que o CI é justificado tanto pelo respeito à liberdade do utente garantido a capacidade de deliberar acerca da sua saúde bem como atender os seus interesses salvaguardando a sua autonomia.

Logo, o CI leva à autodeterminação, a auto estima do utente, que se baseia principalmente em informação, em relação utente /profissional de saúde, conduzindo a decisões livres e racionais sem nenhuma influência exterior que possa por em causa a vontade ou a autonomia do utente.

Portanto, é de extrema relevância que os enfermeiros o assimilam os elementos éticos e legais relacionados ao CI, para que este seja aplicado de forma correta nas suas práticas diárias. Neste capítulo achou-se pertinente criar uma (1) subcategoria relacionada com esta categoria que é a: finalidade do CI na prática do cuidado em enfermagem.

Subcategorias I: Finalidade do CI

Nesta subcategoria pretende-se descrever com que finalidade recorre-se ao uso do CI na prática clínica. Da análise consta que a maioria dos entrevistados acham que o CI tem por finalidade informar o utente nas deliberações do seu tratamento após receber as informações de forma clara e concisa. Esta conclusão é suportada pelas seguintes transcrições.

Enf 1- *“com o objetivo do utente ter conhecimento de qualquer procedimento a ser realizado e também com finalidade de expressar a vontade e autonomia do utente”.*

Enf 2 e 4- *“é um instrumento utilizado na área de saúde com finalidade de dar a conhecer ao utente todo e qualquer procedimento a ser realizado”.*

Enf 3- *“Tem por finalidade esclarecer o utente sobre o procedimento que será submetido, os riscos e os benefícios do ato, para que esse exerça a sua autonomia e tomar uma decisão livre”.*

Enf 5- *“O CI tem por finalidade o exercício do direito fundamental à integridade física e moral do utente”.*

Enf 6- *“O CI foi criado para dar autonomia ao utente”.*

Enf 7- *“...para criar um vínculo de aproximação entre o profissional de saúde e o utente em prol de qualquer intervenção com a sua devida autorização”.*

Quanto a finalidade do CI podemos concluir que os participantes demonstraram ter o conhecimento sobre a sua autêntica finalidade, onde demonstraram que foi criado para dar autonomia ao utente permitindo-lhe tomar decisões sobre os tratamentos e procedimentos que lhe é proposto. Os enfermeiros devem ter sempre em conta que cuidar engloba o utente na sua totalidade abrangendo todas as capacidades da sua vida, com o intuito de respeitar a dignidade e individualidade do utente que é cuidado.

Neste sentido, o enfermeiro ajuda o utente a ter um melhor autocontrolo de si próprio, bem como a ter disponibilidade para o autocuidado, independentemente da condição externa da saúde, tendo sempre em conta que o utente é um ser holístico. Pois é

respeitando a autonomia e a dignidade do utente que fortalece a questão do CI, dando assim ao utente a oportunidade para tomar uma decisão livre sobre o procedimento a ser realizado.

Categoria II - Importância do uso do CI na prática de enfermagem

Esta categoria permite descrever a importância do CI na prática de enfermagem, pois é a manifestação prática do respeito pela autonomia do utente. Neste sentido, qualquer intervenção de enfermagem, bem como a planificação dos cuidados deve ser realizada com a participação ativa do utente respeitando a sua autonomia e dignidade. O utente deve assim, ser visto como uma pessoa autónoma e com o direito a ser informado sobre tudo o que se pretende realizar para melhoria do seu estado de saúde.

O CI torna-se importante porque permite estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o utente, pois respeitar a prática do CI é o mesmo que aceitar o outro, que é constituído por seus princípios e valores para a determinação do seu estado de saúde. Pois, será demonstrado nas seguintes transcrições:

Enf 1 - *“é importante, visto que o enfermeiro tem dever de informar o utente evitando assim procedimento que põem em risco a vida e a dignidade do utente”.*

Enf 2 - *“ é muito importante porque isso demonstra respeito e consideração para com o utente”.*

Enf 3 e 5 - *“ Vai facilitar a relação enfermeiro utente, uma vez que o utente vai estar informado sobre o seu diagnóstico, tratamento proposto, possíveis risco e benefícios”.*

Enf 6 - *“O CI é importante na interação enfermeiro utente proporcionando uma melhor segurança na administração e realização dos cuidados de enfermagem”.*

Enf 4 e 7 - *“(…) porque dá ao utente a autonomia de decidir sobre qualquer procedimento a ser realizado sendo ele um ato cirúrgico, um procedimento de enfermagem ou qualquer outro procedimento a ser realizado”.*

O CI torna-se cada vez mais importante na prática dos cuidados de enfermagem, uma vez, que o utente está no centro das atenções dos enfermeiros, onde efetivamente ou potencialmente recebe cuidados, sem esquecer que o utente tem os seus direitos principalmente há-de ser informado, para poder decidir da sua livre e espontânea vontade, sobre os cuidados prestados ao mesmo. Embora deve-se ter em conta o grau de sanidade

mental para esta tomada de decisão sem por em causa os seus cuidados e a ação por parte da enfermagem.

Neste sentido, o uso do CI nos cuidados de enfermagem prestados ao utente é a expressão da dimensão cristalizado da autonomia do próprio utente, evidenciando o aperfeiçoamento nas intervenções de enfermagem permitindo ao utente tomar parte nos cuidados que lhe são prestados, assim sendo, o enfermeiro vai executar as intervenções de enfermagem mais consciente tendo a certeza de que o utente aceitou a intervenção, criando assim uma boa relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente, e com certeza uma melhoria nos resultados.

Enf 1- *“esclarecer o utente de forma clara e precisa toda a informação necessária sobre os procedimentos realizados (...), ajudando-o a tomar decisões sem interferir na sua opinião.”*

Enf 2- *“(...) respeitar a opinião do utente é uma forma de promover e proteger a sua autonomia, visto que ele tem o direito de fazer as suas escolhas (...).”*

Enf 3- *“(...) o respeito pela autonomia do utente vai permitir que o mesmo participa, opina de forma ativa no seu tratamento”.*

Enf 4 e 6 - *“quanto melhor for a informação, melhor eficácia dos cuidados prestados”.*

Enf 5 - *“se for bem empregado desempenha uma função de grande qualidade, pois muitas vezes o CI é assinado pelos utentes ou familiares sem entenderem a finalidade do mesmo.”*

Enf 7- *“traduz uma melhoria nos cuidados, porque há um melhor “feedback” entre o utente e os cuidados que serão prestados”*

Podemos concluir que todos os entrevistados demonstraram que o CI é de extrema importância para qualquer intervenção de enfermagem, onde é manifestada através da decisão autónoma do utente, oferecendo aos que recebem cuidados um leque de competências, pois a enfermagem é a arte de cuidar e é um laço que permite agrupar todos os profissionais de saúde na mesma perspetiva de manter e promover a saúde e o bem-estar, respeitando assim a liberdade e autonomia do utente. Neste sentido, o enfermeiro precisa desenvolver a capacidade de escuta, empatia, respeito, sensibilidade e congruência na prestação dos cuidados, pois só assim temos um cuidado mais holístico e humanizado.

O CI deve ser reconhecido pelos enfermeiros como um dos elementos básicos para a assistência dos cuidados de enfermagem. Pois, o direito a informação é um direito

do utente e um dever moral dos enfermeiros. Neste sentido, todas as intervenções de enfermagem devem ser executadas com o intuito de promover e defender a autonomia e a dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro. A comunicação entre o enfermeiro e o utente deve ser clara, não ambígua e de fácil compreensão. Neste sentido o CI é a garantia de que houve comunicação entre o enfermeiro e o utente.

Subcategoria I: Frequência do uso do CI no serviço de cirurgia

O objetivo desta subcategoria é descrever com que frequência é utilizada o CI no serviço de cirurgia. Todos os entrevistados disseram que o CI escrito é utilizado pelos médicos em qualquer intervenção cirúrgica, já em relação ao pessoal de enfermagem o CI é verbal, no entanto a maioria deles reconhecem que o CI deveria ser obtido ao longo das ações com o utente, pois o fornecimento de informação é um direito básico do utente.

O enfermeiro sendo o profissional que está mais próximo do utente tem a responsabilidade de salvaguardar os seus direitos em todas as situações, esclarecendo e clarificando as informações de forma a garantir a livre escolha do utente.

Enf 1 e 2- *“ Sempre que o utente for submetido a um intervenção cirúrgica”.*

Enf 3- *“quando o utente vai estar exposto a riscos”*

Enf 4 e 7- *“é usado em quase todas as intervenções cirúrgicas programadas e quando é possível usa-lo em caso de urgência, portanto é muito frequente utiliza-los nesses casos e noutras situações quase que inexistente”.*

Enf 5- *“ É mais frequente nos casos cirúrgicos...mas já outros procedimentos não”.*

Enf 6- *“O CI escrito é somente utilizado para o pessoal médico quando há cirurgia, em relação a enfermagem o consentimento é verbal.”*

O cuidar constitui a essência da própria enfermagem, principalmente quando o atendimento do utente é feito de forma holístico e humanizado, marcado pelo um bom relacionamento entre o profissional de saúde e o utente, assim, deve-se informar ao utente de modo que este possa exercer os seus direitos nomeadamente o direito de decisão.

Podemos concluir que o CI é um processo contínuo de fornecimento e partilha de informações entre os enfermeiros e utente, onde sua aplicação salvaguarda o direito da autonomia, bem como ajuda no processo da recuperação do utente.

Categoria III: Relação entre o CI e a autonomia do utente

Esta categoria tem por objetivo evidenciar a relação entre o CI e a autonomia do utente vivenciado na prática de enfermagem. O CI é assim a expressão da autonomia do utente, pois para que o CI seja considerado válido a informação deve ser fornecida de forma clara e numa linguagem acessível de acordo com as capacidades da pessoa e da sua compreensão. A autonomia não pode ser limitada a uma autorização mecânica ou escrita num pedaço de papel.

Enf 2- *“para que o utente exerce a sua autonomia, o enfermeiro deve informar sobre qualquer procedimento assegurando assim a melhoria nos cuidados que serão prestados”.*

Enf 1 e 3- *“o respeito pela opinião do utente é uma forma de promover a autonomia do mesmo, ainda que tem o direito de fazer as suas próprias escolhas”.*

Enf 4 - *“ o fornecimento de informação clara e objetiva permite ao utente participar e opinar de forma ativa no seu tratamento”.*

Enf 5 - *“ ... Deve-se preparar o utente um consentimento feito em linguagem acessível, com informação sobre os procedimentos ou intervenções que serão realizadas (...) ”.*

Enf 6 - *“o utente tem o direito de saber seu diagnostico, da evolução da sua doença e da terapêutica prescrita e quais os efeitos no organismo”.*

Enf 7- *“ o utente tem o direito de escolher ou recusar o cuidado (...) ”.*

Pode-se dizer que no serviço de cirurgia existe realmente alguns procedimentos que requerem autorização do utente de forma verbal para a sua realização quer sejam invasivos ou não. Em contradição de ideias a quem diz que ainda falta muito para que o utente ganhe a sua própria autonomia em certos tipos de procedimentos.

Pois, na maioria das vezes o enfermeiro é quem dá mais informações para o utente, este deve assegurar que o utente entendeu bem o CI, e deve utilizar estratégias de comunicação para possibilitar que esta se realize de melhor forma possível.

Contudo, o médico é quem deveria dar possíveis informações que o utente precisa para realização do seu tratamento. Mas infelizmente, existe uma falha de comunicação entre o médico e o utente, e neste sentido, é que o enfermeiro está mais próximo do utente e tenta assim esclarecer quaisquer dúvidas sem comprometer a sua integridade.

Enf 1- *“ em princípio devera ser informado sempre porque o utente tem a autonomia para aceitar ou não todo e qualquer procedimento.”*

Enf 2-“*nem sempre, talvez por falta de disponibilidade para fazer o tal.*”

Enf 3-“*... ainda falta muito para que o utente ganhe a autonomia no que diz respeito ao tratamento que vai receber. (...)*”.

Enf 4-“*Ainda há muita falta de interação entre o médico e o utente (...)*”.

Enf 5-“*nem sempre o CI não é incluído para qualquer tratamento invasivo*”.

Enf 6-“*nem sempre, pede-se mais é para as intervenções cirúrgicas*”.

Enf 7-“*nem sempre, porque as vezes o utente é maltratado, caso rejeite o tratamento*”.

A CI muda a relação entre o enfermeiro e o utente, traduzindo-se assim no reconhecer, respeitar e defender a capacidade do utente para pensar, decidir e agir de forma ativa sobre os cuidados de enfermagem que lhe são propostos e na escolha da decisão a ser tomada. Pois, existe procedimento que pela falta de informação e pela cultura do nosso povo há uma certa passividade ou confiança nos procedimentos que são concretizados.

Ainda é de realçar que o CI fundamenta-se no respeito pela autonomia do utente enquanto ser humano traduzido no direito de poder recusar ou aceitar todo e qualquer tratamento. Neste sentido, quanto maior for a eficácia do trabalho em conjunto com os médicos e enfermeiros, maior é praticada o CI na assistência dos cuidados.

Por fim, podemos concluir que o CI traduz no respeito pela autónoma do utente cuidado, deste modo, o CI tem por objetivo ajudar os enfermeiros nas suas práticas diárias, a respeitar a vida, a dignidade humana e os direitos humanos, exercendo as suas atividades com competências para promover o ser humano na sua integridade.

3.3. Discussão dos resultados

Tendo concluído esta fase de análise das informações obtidas das entrevistas realizadas aos enfermeiros, pode-se dizer que os objetivos propostos para estudo em discussão foram alcançados.

Da análise do primeiro objetivo específico: descrever a percepção que os enfermeiros do serviço de cirurgia apresentam sobre o CI, como propósito de promover a interdisciplinaridade para melhor servir; é de realçar que todos entrevistados têm uma noção do CI, referindo-o como uma manifestação do respeito a autonomia do utente e que se baseia particularmente na informação; relação profissionais saúde / utente. Deste modo, a enfermagem é a arte de cuidar e é um laço que permite agrupar todos os profissionais de saúde na mesma perspetiva de promover a saúde e o bem-estar respeitando assim a liberdade e autonomia do utente. Onde demonstra que respeitar o CI é o mesmo que aceitar o outro, tendo em conta que o trabalho exercido pela equipa multidisciplinar proporciona uma melhor compreensão tanto dos profissionais envolvidos como dos utentes.

Evidenciando o segundo objetivo específico: identificar em que medida os enfermeiros do serviço de cirurgia aplicam o CI na sua prática do cuidar visando o bem-estar holístico da pessoa; esse objetivo foi atingido uma vez que todos os participantes da pesquisa demonstraram-se que o CI escrito é utilizado somente pelo pessoal médico quando há uma intervenção cirúrgica, em relação a enfermagem o consentimento é verbal, onde o enfermeiro tem o dever de informar o utente sobre qualquer intervenção de enfermagem, neste sentido, o CI é um processo contínuo de fornecimento e partilha de informações entre o enfermeiro e o utente.

De acordo com os meus conhecimentos o CI é de extrema importância no decorrer da prática de enfermagem, onde o utente participa ativamente na intervenção dos cuidados. Neste sentido o CI ajuda os enfermeiros nas suas práticas diárias, a respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, obtendo assim um cuidado mais humanizado.

Realçando o terceiro objetivo específico: identificar a percepção dos enfermeiros do serviço de cirurgia sobre a importância do consentimento do CI na melhoria da qualidade dos cuidados prestados no serviço; é de realçar que este objetivo encontrar-se esclarecido uma vez que todos os participantes demonstraram que o CI é importante porque permite estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o utente. Nesta ótica o CI é manifestado através da decisão autónoma do utente, para os enfermeiros,

assim sendo, o CI deve deixar de ser uma teoria para passar á prática, o que é bom porque demonstra estar dentro do tema em estudo.

Sendo assim, pode-se dizer que o objetivo geral foi alcançado, com as informações obtidas constatando-se que todos os entrevistados exibem uma percepção do CI e reportam-no com sendo a aceitação e autodeterminação do próprio utente e é justificado tanto pelo respeito a liberdade do utente garantido a capacidade de deliberar acerca da sua saúde bem como atender os seus interesses salvaguardando a sua autonomia.

Quanto aos objetivos posso dizer que estes foram alcançados, e que serviram para esclarecer um pouco mais sobre a temática em estudo, visto que é um tema pouco explorado. Se conclui que os enfermeiros não devem contentar apenas em fornecer ao utente informações, mas sim preocupar se a informação foi bem entendida pelo utente, porque muitas vezes há uma grande dificuldade em compreender a informação transmitida devido a linguagem a ser utilizada. O CI deveria ser obtido ao longo das ações com o utente, pois o fornecimento de informação é um direito básico do utente.

No decorrer da investigação observou-se que no serviço de cirurgia existe um CI escrito e que segundo os enfermeiros este deveria ser aplicado para todos os utentes que derem entrada neste serviço, independentemente de se realizarem uma intervenção cirúrgica. Pois, o CI é o melhor método destacado para salvaguardar a autonomia do utente principalmente quando o atendimento do utente é feito de forma holístico e humanizado marcado por um bom relacionamento entre o enfermeiro e o utente, assim, deve-se informar ao utente o modo como possa exercer os seus direitos nomeadamente o direito de decisão.

Considerações finais

O CI é um processo contínuo de partilha de informação entre o profissional de saúde e o utente, quando feito adequadamente contribui para a proteção dos direitos fundamentais do utente, tendo como base o princípio de autodeterminação do utente que pode ser expressa no respeito da autonomia do utente de forma garantir um cuidado holístico. De igual modo o CI auxilia o enfermeiro na prestação de cuidados de forma cabal e integral, na medida em que, este permite ver o utente como seno colaborador do seu cuidado.

Face a esses pressupostos, o trabalho teve como objetivo conhecer a perceção que os enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS têm sobre o CI e a importância da qualidade dos cuidados prestados no serviço. Assim, pode-se verificar que a maioria dos enfermeiros, têm um bom conhecimento sobre o CI, sua finalidade e a sua importância no processo do cuidado. É de frisar que o CI em contexto do cuidado de enfermagem é feito verbalmente, entretanto os enfermeiros reafirmam que há uma necessidade de os mesmos implementarem isso por escrito, pois de entre todos os benefícios, salvaguarda o enfermeiro em alguns casos. Neste sentido, é importante que os enfermeiros desenvolvam estratégias para que a utilização por escrito do CI seja praxe, no planeamento e prestação de cuidados de enfermagem. Por outro lado, o enfermeiro enquanto advogado do utente deve sempre estar atento, se eventualmente o CI não esteja a ser cumprido e intervir de forma adequada para o cumprimento do mesmo.

Relativamente a fundamentação teórica, constatou-se que o CI é um meio essencial e extremamente necessário na prestação dos cuidados, tendo como base os princípios de autodeterminação do utente, adotando uma postura ética de respeito ao utente dando continuidade e qualidade nos seus cuidados.

Chegando ao final do trabalho de conclusão do curso (TCC) revela-se momentos de muita aprendizagem, amplificando assim um leque de conhecimentos sobre a temática em estude “**CI na Prática do Cuidar em Enfermagem**”. No entanto, é importante salientar as limitações encontradas na elaboração desta pesquisa, realçando que amostra não permite generalização em outro contexto e a falta de bibliografia acerca do tema no contexto cabo-verdiano.

Propostas do estudo de investigação

Embora os enfermeiros tenham noção e reconheçam a importância do CI, da minha experiência profissional, vivida como estagiária no serviço de cirurgia do HBS, constatou-se que muitas vezes, o CI não é praticado, por várias razões como: falta de tempo; alteração da relação enfermeiro/ utente e consequentemente da relação de confiança; reconhecimento por parte do enfermeiro que o consentimento não ajuda nas suas práticas diárias; face a contingente numérico desses comportamentos surge a necessidade de:

- Capacitar os enfermeiros para uma abordagem em relação ao uso do CI e os princípios éticos regendo do mesmo, visto que, o CI surge como um processo que promove a autonomia da pessoa cuidada;
- Criar um termo de consentimento informado escrito para realização de qualquer procedimento de enfermagem, uma vez que facilita os enfermeiros nas suas práticas diárias, a respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana;
- Sensibilizar todos os enfermeiros nesta temática, visto que são os profissionais de saúde que estão mais próximos dos utentes para que haja um cuidado de enfermagem mais humanizado;

Referências bibliográficas

1. Almeida, L. D., Machado, M.C., (2010). Atitude médica e autonomia do doente vulnerável, Revista Bioética, vol. 18, n.º 1, 165-183. Disponível em: http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/prevista_bioetica/article/viewFile/543529.pdf avisado em: 05/06/2017, às 17:00 H;
2. Almeida, O. M. O. (2007). O consentimento informado na prática do cuidar em Enfermagem, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf> avisado em 28/02/2017, às 12:23min;
3. Barros, G. N. (2006). O dever do estado no fornecimento de medicamentos, mestrado de direito, Pontifícia Universidade de Católica, é Paulo. <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/7431/1/DIR%20%20Giselle%20Nori%20Barros.pdf> avisado em 04/03/2017, às 10/45 min;
4. Bitencourt, N. E., (2010). O direito ao mínimo para uma existência digna. Porto Alegre: Livraria do Advogado;
5. Borges, A. M. (2010). Consentimento informado e autonomia na relação médico-paciente. Revista Jurídica Cesumar-Mestrado;
6. Cabete, D. G. (2005). O idoso a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Loures. Lusociência;
7. Cabo Verde (2007). Declaração Universal dos Direitos Humanos. ed. Comissão Nacional para os direitos humanos e a cidadania;
8. Calado, M. G.R. (2014). A autonomia do doente em fim de vida e a satisfação com a informação, Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15297/1/Tese%20Marta%20Calado%20on%20C2%BA192410022.pdf> avisado em 28/05/2017 às 21:00 h;
9. Camargo, M., (2002), Fundamentos de ética geral e profissional, Petrópolis: Editora Vozes;
10. Carapinheiro, G. (2005). Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 4ª ed, ISBN: 9789723603064;

11. Carraro, E. A. S. (2010). Uso do termo de consentimento informado forma de verificação da responsabilidade civil por parte do cirurgião-dentista. Tese de Mestrado .São Paulo, universidade de são Paulo. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde.../ElianeAparecidaSantosCarraro.pdf pesquisado em 22/05/2017 às 21:00 h;
12. Chambriard-RJ, C. J., Brazão – RJ, M. (2012). Aspetos Jurídicos de Teste Ergométrico. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbcderc/revista/2012/18--1/pdf/Rev18-1aspectos.pdf> avisado em 22/05/2017 às 22:30 min;
13. Clark F., Cott E e Drinka T., (2011). Theory and practice in interprofessional ethics: a framework for understanding ethical issues in health care teams. Canada: Article Scholl of nursing;
14. Constituição da República de Cabo Verde, 2015. Boletim Oficial- Suplemento, I- Número 17 de 3 de Maio de 2010 nº 28 de Julho de 2010, I Série. Assembleia Nacional;
15. Correia, C.A. B. (2009). Direito a vida. Dignidade da Pessoa Humana e a Indemnização por dano-morte. Faculdade de direito universidade nova lisboa. Disponível em: http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/MLR_MA_9803.pdf Avisado em 20/05/2017, às 14:20 min;
16. Costa, A. C. S. (2011). Os enfermeiros e as representações sociais sobre o envelhecimento: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada, dissertação de mestrado em saúde e envelhecimento. Universidade nova de Lisboa, faculdade de ciência medica. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5894/1/costa%20ana%20cristina%20tm%202011.pdf>. Avisado em 22/05/2017, às 14:00 h;
17. Dias, C. (2003). Consentimento informado como mediador razoável da relação profissional de saúde-doente, Coimbra, Formasau;
18. Diniz, D., Guilhem, D., (2002). O que é bioética. São Paulo: Brasiliense, disponível em: <http://stoa.uusp.br/mag/files/480/2438/Texto+3++A+teoria+principalista..pdf> Avisado em 10/ 05/2017, às 10:00 h;
19. Ferreira, P. D. C., Garcia, N.G. (2009). Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica, Revista Latino-am Enfermagem

- vol. 17 nº 6. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421912021.pdf> avisado em 22/05/2017, às 17:00 h;
20. Fonseca, S. e Videira, A. (2003). Informação em meio hospitalar. Sinais Vitais, 46, 40-44;
 21. Fortin, Marie Fabienne (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. 1ª Edição. Lusociência Soc. Port. de Material didática Lda;
 22. Garça, A. (2014). Introdução a investigação científica- Guia para Investigar e Redigir. 2ª Edição da universidade do Mindelo;
 23. Goldeman, D., (2008). Inteligência social- a nova ciência do relacionamento humano. Lisboa: Temas e debates, 1ª ed. ISBN: 9789896441173;
 24. Gomes, N, C, R, P., (2009). O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/o%20doente%20cirrgco%20no%20perodo%20properatrio%20da%20informa%20r.pdf> avisado em 19/05/2017, às 19:30 min;
 25. Gonçalves, M, L. F., (2002). Cuidar da Pessoa com Ferida Cirúrgica, Revista Sinais Vitais, n.º 40;
 26. Gonçalves, P. R. C., (2004). O consentimento informado: uma assinatura burocrática. Nursing, nº 194;
 27. Gracia, D(2004). Como arqueros al blanco – estudos de bioética. Madrid: Triacastela, 1ª ed. ISBN84-95840-13-8;
 28. Kant, I. (2003). A Metafísica dos costumes. Faculdade de filosofia, letras e ciências humanas da USP. 1ª ed. Disponível em: <https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2013/08/te1-kantmetafc3adsica-dos-costumes.pdf> avisado em 03/05/2017 às 18:00 h;
 29. Lavareda, L. e Soveral, F., (2007). Informação: uma perspetiva de intervenção: estudos em enfermagem. Jornal de Enfermagem, 104, 10;
 30. Lobão, C. (2003). Consentimento informado. Informar, 30, p. 20-22;
 31. Lopes, M. (2006). A relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau;
 32. Mariz, M., (S/D). Sentimentos e significados no consentimento informado, Formasau, Formação e saúde;

33. Marques, P. A. O., (2002). Princípios éticos gerais no agir em enfermagem 'condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em UCI", Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de ciências biomédicas de Abel Salazar. Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9867/6/4570_TM_01_C.pdf. Avisado em 26/04/2017,22:00;
34. Melendo, M. P., Viegas, K., Souza, E. N. D., e Caregnato, R. C. A. (2016). Termo de consentimento informado: entendimento do paciente cirúrgico. Universidade Federal de ciências da saúde. Porto Alegre, PS, Brasil. Ata paul. enferm, 29(3), 291-297;
35. Melo, M. (2005). Comunicação com o doente: certezas e incógnitas. Lisboa: Lusociência;
36. Mendes, K. D. S. (2006). Transplante de fígado: Evidências para o cuidado de enfermagem. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;
37. Ministério de saúde Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Volume I. Praia. Cabo Verde 2008. Disponível em: http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Cape_Verde/Cape_Verde_Natl_Health_Plan_2008_-_2011_Portuguese_V2.pdf. avisado em: 27/04/2017,18:50 h;
38. Ministério de saúde, Portugal (2011). Carta dos direitos e deveres do doente. Lisboa: Direção geral de saúde;
39. Ministério de saúde, Portugal (2011). Carta dos direitos e deveres do doente. Lisboa: Direção geral de saúde;
40. Moniz, J.M.N., (2003). A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa, Loures, Lusociência;
41. Motta, M. I. (2010). Autonomia pessoal e morte. Vol 18, nº 2. Lisboa: Revista de Bioética. ISSN 1046-8082. P. 290;
42. Nogueira, J. R. (2010). O homem, a ciência e a Bioética. Viseu: Escola Superior de Viseu, ISBN: 9720060336;

43. Nunes, L., (2005). Comunicação – mesa redonda: ética na prática de enfermagem: XXVI Congresso Português de Cardiologia. Porto.
44. Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
45. Nunes, L., (2009). Ética: Raízes e florescência em todos os caminhos, Loures, Lusociência;
46. Oliveira, G., Pereira, A. (2006). Consentimento informado. Coimbra: Centro de Direito Biomédico. ISBN S/N.;
47. Ordem dos Enfermeiros, (2003). Código Deontológico: Anotações e Comentários, Lisboa;
48. Pacheco, S e Patrão, N. (2004). Para uma ética de enfermagem desafios. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1ª ed. ISBN 972-603-326-8.;
49. Pereira, A.G.D. (2004). Consentimento informado na relação médico paciente, Coimbra, Coimbra, Editora;
50. Perry AG, Potter PA. 2006, Fundamentos de Enfermagem; Conceitos e Procedimentos. 5. ed. Loures: Lusociência;
51. Pessini, L; Bachifontaine, C (2006) - Bioética – longevidade humana. São Paulo: Loyola, 1ªed. ISBN: 8515032031;
52. Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e avaliação. Loures, Lusociência;
53. Queirós, A.A., (2001). Ética e Enfermagem, Coimbra: Quarteto Editora;
54. Rebelo, M. R. A. (2007). Decidir, informado - Um estudo em Hemodiálise, Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica, Universidade do porto faculdade de medicina. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22249/2/Tesse%20final.pdf> avisado em 23/04/2017, às 16:40 min;
55. Sant'anna, S. R. e Ennes, L. D. (2006). Ética na Enfermagem. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes;
56. Santi C. S. (2014). Atuação da defensoria pública na efetivação do direito á saúde e análise jurisprudencial, Unijuí - universidade regional do noroeste do estado do rio grande do sul. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1956/TC>

- [C%20Cristina.BANCA%20EXAMINADORA.pdf](#). Avisado em 05/06/2017, às 9:00 h;
57. Silva, J. F. (2006). Quando a vida chega ao fim: Expectativas do idoso hospitalizado e família, Loures, Lusociência;
58. Silva, P; Mendes, H (2002). Saúde e doença em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2ª ed. ISBN: 9789726712572;
59. Souza, F.O. (2013). A intervenção judicial na garantia da efetivação do direito à saúde: possibilidades e limites no caso dos medicamentos. Disponível em: http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2010_1/fernanda_souza.pdf avisado em, 22/04/2017, às 12:20 min ;
60. Tomey, A; Alligood, M (2004). Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures – Portugal: Editora Lusociência;
61. Vicente, J. C. G. (2014). Consentimento informado na assistência privada e pública hospitalar- O que entendem os profissionais de saúde e doentes/família sobre a informação e consentimento informado praticado em Portugal, Dissertação de Doutoramento em Bioética, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20117/1/DOUT%20pa_FINAL.pdf avisado em 10/02/2017, às 9:41min;
62. Vieira, A.R., (2012). Responsabilidade civil em cirurgia meramente estético, Universitário das Faculdades Metropolitanas. Disponível em: <http://arquivo.fmu.br/prodisc/direito/arv.pdf> avisado em 27/04/2017, às 15:50 min;
63. Vieira, M. S.M., (2009). Ser enfermeiro da compaixão à Proficiência. Lisboa, Universidade Católica Editora;

Apêndice I- Guião de entrevista

Guião de entrevista

1-Sexo: Feminino____ Masculino _____

2-Idade _____ (anos)

3-Estado Civil:

Solteiro (a) ____ Casado(a) ____ Viúvo(a) ____ Divorciado(a) ____ União de facto____

4-Habilitações profissionais/académicas:

Curso Geral de Enfermagem____

Bacharelato em Enfermagem ____

Licenciatura em Enfermagem ____

5- Anos de serviço ____

1.O que significa consentimento informado para si?

2. Na sua opinião com que finalidade foi criada o consentimento informado?

3. Na sua opinião qual é o objetivo do consentimento informado na prática do cuidado de enfermagem?

4.qual e importância do uso do consentimento informado na prática de enfermagem?

5. Em que situações consideres importante o uso do consentimento informado na pratica de enfermagem? Porquê?

6. No serviço de cirurgia é hábito utilizarem o consentimento informado? Se sim em que situações?

7. Qual é a frequência do uso do consentimento informado no serviço de cirurgia?

8. Normalmente quem é que assina o consentimento informado?

9. Na sua opinião qual é a função do enfermeiro na prática do consentimento informado?

10. Na sua opinião ate que ponto o consentimento informado pode traduzir em melhorias nos cuidados prestados?

11. Na Sua opinião qual é a relação entre o consentimento informado e a autonomia do doente?

12. Sendo a autonomia um dos componentes da ética, para si quais são os direitos fundamentais para que o doente exerça a sua autonomia?

13. Sendo o consentimento informado um meio de obter a autonomia do doente, sempre se pede autorização para a realização de qualquer procedimento?

14. Sempre que há uma mudança de tratamento, o doente é informado sobre esta mudança? Porquê?

Obrigada.

Apêndice II - Pedido de autorização para as recolhas das informações

1013 p. 111 e 112 e 113 pela Superintendente de Enfermagem.
3. 4. 2017 Ana Brito
Autorizada,
do consentimento à Eng.ª D.ª
de cirurgia.
Tomei conhecimento
Exma. Senhora Diretora do
Hospital Baptista de Sousa
Dr. Ana Brito
Mindelo, 29 de Março de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Ana de Jesus Lopes Ramos, aluna nº 3234 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo vem por este meio muito respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "consentimento informado na prática dos cuidados em enfermagem".

O referido trabalho tem como objetivo geral conhecer qual é a perceção e a importância que os enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS (Hospital Baptista de Sousa) têm sobre o consentimento informado na qualidade dos cuidados prestados no serviço. Vem por este meio muito respeitosamente solicitar a vossa excelência autorização para realizar a pesquisa no serviço de cirurgia do HBS, em São Vicente.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

A requerente,

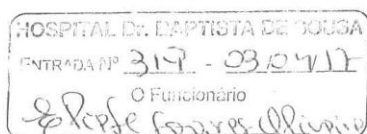
Ana de Jesus Lopes Ramos

Ana de Jesus Ramos

Novel: 973 3454



Sueley Reis
30/03/17.



Apêndice III- Consentimento Informado

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Ana de Jesus Lopes Ramos n.º3234 pretende realizar um estudo intitulado: *O consentimento informado na prática dos cuidados em enfermagem*, como objetivo conhecer a perceção e a importância que os enfermeiros do serviço de cirurgia do HBS (Hospital Baptista de Sousa) têm sobre o consentimento informado na qualidade dos cuidados prestados no serviço.

Assim sendo peço autorização para lhe fazer algumas perguntas relacionadas com a sua experiência profissional enquanto enfermeiro (a).

O método de recolha de dados é entrevista com perguntas abertas, e neste sentido, gostaria de convidar a participar na medida em que pretende entrevistar enfermeiros que trabalham no serviço de cirurgia do HBS com os utentes.

Aproveito para lhe informar que a sua decisão em participar no estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o seu direito em reclinar ou reconsiderar a sua decisão a qualquer altura do processo de investigação.

Comprometo-me a utilizar as informações que me forem fornecidas únicas e exclusivamente para o fim, proposto, e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, ____ de _____ de 2017

Assinatura do(a) participante

Assinatura do avisador

**Anexo I- Consentimento Informado utilizado no serviço de cirurgia do HBS
há 3 meses atrás**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA

o

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO,
ACTOS CIRURGICOS E AMPUTAÇÃO DE MEMBROS**

A) _____

Pelo presente autorizo o Hospital Dr. Baptista de Sousa, através de qualquer dos seus médicos e técnicos competentes, realizar os exames necessários ao esclarecimento diagnóstico e a usar os métodos e meios terapêuticos que se mostrarem necessários.

Igualmente autorizo a que se proceda ao tratamento indicado pelos médicos nomeadamente a intervenção cirúrgica, bem como a utilização de tecidos eventualmente retirados durante o tratamento para fins científicos.

Declaro que esta autorização foi prestada conscientemente, em plenas poses das minhas poses das minhas faculdades mentais e após ter sido esclarecido dos riscos, complicações e sequelas que poderão surgir durante o tratamento, a intervenção cirúrgica ou pós- operatório bem como das limitações impostas pelas condições hospitalares.

Mais declaro que, salvo os casos de negligência médica, não adoptarei qualquer procedimento judicial contra o Hospital e seus médicos.

B) _____

Mindelo, _____ de _____ 20____

A) Nome do doente e outros dados de identificação.

B) Assinatura do doente ou do familiar em caso de incapacidade.

Anexo II- Consentimento Informado utilizado no serviço de cirurgia do HBS



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE DE EXAMES DE DIAGNÓSTICO, ACTOS CIRURGICOS E AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

- A) _____
B) _____
C) _____

Pelo presente autorizo o Hospital Dr. Baptista de Sousa, através de qualquer dos seus médicos e técnicos competentes, realizar os exames necessários ao esclarecimento diagnóstico e a usar os métodos e meios terapêuticos que se mostrarem necessários.

Igualmente autorizo a que se proceda ao tratamento indicado pelos médicos nomeadamente a intervenção cirúrgica, bem como a utilização de tecidos eventualmente retirados durante o tratamento para fins científicos.

Declaro que esta autorização foi prestada conscientemente, em plenas poses das minhas poses das minhas faculdades mentais e após ter sido esclarecido dos riscos, complicações e sequelas que poderão surgir durante o tratamento, a intervenção cirúrgica ou pós- operatório bem como das limitações impostas pelas condições hospitalares.

Mais declaro que, salvo os casos de negligência médica, não adoptarei qualquer procedimento judicial contra o Hospital e seus médicos.

- D) _____
E) _____

Mindelo, _____ de _____ 20____

- A) Nome do doente e outros dados de identificação.
B) Nome do Médico Assistente
C) Tipo de operação
D) Assinatura do doente ou do familiar em caso de incapacidade
E) Residência

TELEFONES 231 18 79 / 231 24 04 - FAX N.º 231 26 80 - C. P. N.º 14 - S. VICENTE - REPÚBLICA DE CABO VERDE

"2015 – Ano do Quadragésimo Aniversário da Independência Nacional"

